

O contributo das competências de
comunicação dos médicos e enfermeiros
para a literacia em saúde:
O modelo ACP – Assertividade (A), Clareza (C)
e Positividade (P) na relação terapêutica

***Ana Cristina Garcia dos Remédios Vaz de Almeida Sobral Domingues
(Cristina Vaz de Almeida)***

Orientadora: Prof.^a Doutora Célia Belim

*Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor
em Ciências da Comunicação*

*Lisboa
2020*

O contributo das competências de comunicação dos médicos e enfermeiros para a literacia em saúde: O modelo ACP – Assertividade (A), Clareza (C) e Positividade (P) na relação terapêutica

Ana Cristina Garcia dos Remédios Vaz de Almeida Sobral Domingues (Cristina Vaz de Almeida)

Orientadora: Prof.ª Doutora Célia Belim

*Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor
em Ciências da Comunicação*

Júri

Presidente

- Doutor Heitor Alberto Coelho Barras Romana, Professor Catedrático e Presidente do Conselho Científico do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;

Vogais

- Doutora Sónia Margarida Pedro Sebastião, Professora Associada com Agregação Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;
- Doutora Alice Maria Quelhas Lima Donat Trindade, Professora Associada Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;
- Doutora Rita Maria Espanha Pires Chaves Torrado da Silva, Professora Auxiliar com Agregação Escola de Sociologia e Políticas Públicas do ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa;
- Doutora Célia Felícia Belim Rodrigues, Professora Auxiliar Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, orientadora;
- Doutor José Manuel Mendes Nunes, Professor Auxiliar Convidado Nova Medical School- Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

*Lisboa
2020*

Agradecimentos

Devo a muitas pessoas ter chegado ao final deste doutoramento.

É sempre importante elencar, de uma forma o mais exaustiva possível, a gratidão que sinto pelos contributos, apoio, incentivo, coragem, alento, confiança, envolvimento, enfim, relações que sei que são de confiança, mutuamente benéficas e equilibradas. Sorrio quando escrevo estas palavras, pois cada uma delas tem, de facto, um grande significado para mim nesta altura.

Começo pela minha generosa e muito amada família, Miguel, Miguel e Afonso, imprescindíveis na minha vida e para além de qualquer tese. À minha mãe Manuela e à minha sogra Celeste, umas valentes, que também não me deixaram vacilar. À minha irmã Nelinha e à querida Lupita Botello, uma luzinha acesa no meio do nevoeiro.

À minha muito querida orientadora incansável e brilhante, Prof.^a Doutora Célia Belim, que, pela sua persistência sensível, incentivo contínuo e inteligência determinada, me acompanhou dia-a-dia, me fez apurar até ao limite as competências e que, por certo, será minha amiga para o futuro. À Professora Sónia Sebastião, que me trouxe tanta alegria pelas pistas que me deu para a comunicação em saúde e para a literacia em saúde. À Professora Alice Trindade, que, com a sua serenidade, permitiu evidenciar passos certos para resultados mais favoráveis e à Professora Fernanda Nogueira pela orientação para uma maior clareza e simplicidade da estrutura da tese.

Um agradecimento muito especial ao Professor Rui Brites, que, num momento do meu quase desfalecimento, me aclarou o espírito, ensinou-me e deu-me uma mão amiga, com a sua luminosidade constante.

À minha amiga Sofia Amador, a quem devo tanto, pelo conhecimento partilhado numa generosidade sem limites. Ela é uma espécie de “anjo da partilha de conhecimento” a quem estou profundamente reconhecida para toda a minha vida.

Agradeço muito à Enfermeira Chefe Susana Ramos, do CHULC, à Enfermeira Diretora Odete Afonso, do IOGP, à Enfermeira Ana Veiga, do IOGP, à Enfermeira Áurea Tobias e à Dr.^a Ana Paula Fernandes, do HFF, ao Enfermeiro Diretor Rodrigo Ramos, do CMRA, à Enfermeira Diretora Helena Soares do HOSA, aos Diretores de Serviço do HFF, que, tão rapidamente, agilizaram e tornaram possível toda a recolha de dados, com capacidade de mobilizar, de incentivar este estudo e nele participar.

Agradeço a todas as brilhantes mentes dos entrevistados, o tempo, a disponibilidade e o entusiasmo com que o fizeram: à Enf.^a-Chefe Susana Ramos, à Professora Doutora Lourdes Varandas, à Enfermeira Tânia Morgado, ao Dr. Duarte Vital Brito, à Professora Rosa Pimentel, ao Professor José Mendes Nunes, à Dr.^a Cecília Nunes, Gestora de Ensaios Clínicos, e à Presidente da International Association of Health Literacy, Kristine Sørensen. Agradeço a cada um dos meus alunos da pós-graduação em *Literacia em Saúde* (ISPA) que, tanto, me auxiliaram e tantos contributos iluminados me deram, permitindo o crescimento do meu conhecimento e admiração por cada um deles. A todos os médicos e enfermeiros que ao longo do ano se disponibilizaram e contribuíram, através dos *focus groups*,

para trazer mais esclarecimento e confirmação a este tema e estruturar de forma consolidada esta ideia que tinha do Modelo ACP.

Ao Professor Carvalho Teixeira, um agradecimento pela confiança e pela abertura da “janela” da literacia em saúde que abrimos no ISPA há quase uma década, e ao colega Professor Carlos Lopes que me acompanha na direção da Pós Graduação em Literacia em Saúde: Modelos, Estratégias e Intervenção.

À minha amiga Marília Viegas que tanto me acompanhou, como um *girassol*, e me ajudou nas revisões e reflexões tão importantes para a conclusão da tese.

Às minhas pequenas fadas Carolina Soares Moreira (afilhada) e Dr^a Catarina Tomás, que percebem de gestão e de análise estatística, e que me apoiaram com tantos ensinamentos.

À minha querida amiga e colega Leonor Anachorêta Matoso, pelo incentivo, confiança e presença tão importante nestes últimos anos de tantos desafios profissionais para ambas.

Aos preciosos amigos que agora passo a elencar que me acompanham há tantos anos, segurando tantas vezes o ânimo e estando sempre presentes na minha vida, apesar das distâncias que a vida impõe: Alexandra Guerreiro, Almerinda Romeira, Ana Paula Santos, Ana Paula Reis, Anabela Correia, Augusta Pereira, Beatriz Filipe, Carina Monteiro, Carlos Teixeira, Carlos Jorge Santos, Cecília Nunes, Cristina Vieira da Silva, Denise Rebelo, Diana Pinheiro, Élia Silva Pinto, Elizabeth Rocha, Francisco Mota Gaspar, Graça Madeira Costa, Helena Soares, Henrique Soares Luís, Isabel Miguez, Isabel Peixe, Ivone Ramos Marques, João Nuno Figueiredo, José Feliz, José Lamelas, Lucinda Simões, Luísa Desmet, Luísa Ferro, Luísa Nogueira, Luísa Vicente, Lurdes Neto, Maria Duarte, Maria João Barreto, Maria João Dinis, Maria Manuel Frazão, Marisa Bermudez Brito, Marta Barroca, Paula Arcanjo, Patrícia Ribeiro, Patrícia Martins, Paula Umbelina, Rita Valadas, Rosa Bastos, Rui Pedro Ventura, Rui Santiago, Ruth Calvão, Samuel Esteves, Susana Jorge e Vitor Assunção.

À generosidade da SCML, na pessoa da Dr.^a Maria José Cabral e Dr. Joaquim Lopes, que, desde o primeiro momento, me facilitaram o necessário tempo para terminar a última fase, tão essencial.

A todos os que, por lapso, possa não ter referido, mas que agradeço e peço desculpa pela falha.

Aos ausentes sempre presentes na minha vida, Cândida e Pedro, que estão sempre por aqui, em permanência viva no meu coração. Muito obrigada a todos.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1. SAÚDE E LITERACIA EM SAÚDE	19
1.1. O valor da saúde.....	19
1.2. O acesso à saúde como sinónimo de saúde.....	21
1.3. As consequências do envelhecimento da população	25
1.4. Públicos em saúde.....	26
1.4.1. A população portuguesa, os seus médicos e enfermeiros.....	31
1.4.2. A intervenção crítica dos profissionais de saúde	32
1.4.3. Os médicos: perfil funcional e sociodemográfico	34
1.4.4. Os enfermeiros: perfil funcional e sociodemográfico	38
1.4.5. Pacientes, clientes ou utentes de serviços de saúde: o público focal da saúde	40
1.5. Literacia em saúde: um constructo multidimensional.....	41
1.5.1. Os desafios da baixa literacia em saúde	43
1.5.2. Da inatividade latente à participação do paciente	49
CAPÍTULO 2. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.....	52
2.1. Discutindo o conceito.....	52
2.2. Comunicação interpessoal em saúde.....	59
2.2.1. A comunicação verbal e não verbal	62
2.2.2. A compreensão para se obter um acordo em saúde	68
2.2.3. Os contributos da persuasão para a satisfação e comportamentos em saúde	74
2.3. As competências gerais de comunicação interpessoal	80
CAPÍTULO 3. A RELAÇÃO TERAPÊUTICA, OS MODELOS DE CONSULTA E AS COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	87
3.1. A relação terapêutica: o encontro entre o paciente e o profissional de saúde.....	87
3.1.1. Contributos da teoria relacional para a relação terapêutica	93
3.2. Os modelos de consulta	97
3.3. À procura de um modelo de comunicação para a relação terapêutica	105
3.3.1. O modelo de decisão centrada no paciente	105
3.3.2. Uma perspetiva cronológica dos modelos comunicacionais em saúde.....	110
3.4. As competências específicas de comunicação do profissional de saúde.....	117
3.4.1. A competência assertividade e os seus contributos para a relação terapêutica....	123
3.4.2. A competência clareza de linguagem e os seus contributos para a relação terapêutica	132
3.4.3. A competência positividade e os seus contributos para a relação terapêutica	138
CAPÍTULO 4. OPÇÕES METODOLÓGICAS	145

4.1. Objeto de estudo, pergunta de partida, objetivos e tipo de desenho de pesquisa.....	145
4.2. Modelo de análise	146
4.3. Método e técnicas.....	148
4.3.1. <i>Focus group</i> (FG)	149
4.3.2. Inquérito por questionário – Q-COM-LIT (Questionário de Comunicação e Literacia em Saúde).....	154
4.3.2.1. A amostra do inquérito por questionário Q-COM-LIT.....	157
4.3.2.2. Índice de confiabilidade alfa de Cronbach	162
4.3.3. Entrevista individual em profundidade e semiestruturada	163
4.3.4. Análise de conteúdo qualitativa (ACQ)	165
CAPÍTULO 5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	167
5.1. Resultados gerais	167
5.1.1. Resultados gerais dos 14 <i>focus groups</i>	167
5.1.2. Resultados gerais do inquérito por questionário (Q-COM-LIT)	168
5.1.2.1. Mediana, moda e quartis	169
5.2. A importância atribuída pelos profissionais às suas competências de comunicação....	172
5.2.1. A relação terapêutica	173
5.2.2. A comunicação na relação terapêutica	177
5.2.3. As competências de comunicação dos profissionais de saúde	180
5.2.4. A comunicação verbal e a comunicação não verbal	184
5.2.5. Pacientes vulneráveis e diferenciados com baixa literacia em saúde	185
5.2.6. Delegar ou não delegar a decisão em saúde.....	187
5.2.7. A dimensão do acesso	189
5.2.8. A dimensão da compreensão.....	191
5.2.9. A dimensão do uso	197
5.2.10. O contributo da assertividade para a relação terapêutica	200
5.2.11. O contributo da clareza para a relação terapêutica.....	202
5.2.12. O contributo da positividade para a relação terapêutica	204
5.3. As autoperceções dos profissionais de saúde sobre o contributo das competências comunicativas associadas ao modelo	206
5.3.1. A assertividade na perceção dos profissionais de saúde inquiridos	208
5.3.2. A clareza na perceção dos profissionais de saúde inquiridos	210
5.3.3. A positividade na perceção dos profissionais de saúde inquiridos.....	212
5.4. A importância do modelo ACP para o desempenho comunicacional dos profissionais de saúde	214

5.4.1. Os resultados da tabela de composição das competências: alinhamento com o modelo	219
5.4.2. Análise de componentes principais e de <i>clusters</i>	224
5.4.1.1. Competência assertividade	224
5.4.1.2. Competência clareza	227
5.4.1.3. Competência positividade.....	229
5.5. Resumo dos principais resultados.....	232
CAPÍTULO 6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	234
6.1. A importância que os profissionais de saúde atribuem às suas competências de comunicação	234
6.1.1. A relação terapêutica: a relação que exige competências de comunicação em saúde	234
6.1.2. A comunicação como uma necessidade	237
6.1.3. As competências de comunicação dos profissionais: urgente aprender e treinar	239
6.2. Como os profissionais avaliam o seu contributo em relação à assertividade, linguagem clara e positividade para a melhoria da literacia em saúde do paciente.....	244
6.2.1. O contributo do modelo ACP para o acesso à saúde	246
6.2.2. O contributo do modelo ACP para a compreensão da informação em saúde	247
6.2.3. O contributo do modelo ACP para o uso da informação em saúde	249
6.3. O contributo do modelo ACP para o desempenho comunicacional dos profissionais ..	251
6.4. A comunicação e as competências de comunicação na agenda da literacia em saúde	255
CONCLUSÃO	262
REFERÊNCIAS.....	268

QUADROS

- [Quadro 1. Critérios de classificação e designação na oferta de serviços de saúde](#)
- [Quadro 2. Tipos de públicos](#)
- [Quadro 3. Fatores comuns nas profissões de médico e enfermeiro](#)
- [Quadro 4. Os níveis de literacia do indivíduo](#)
- [Quadro 5. Influência da literacia em saúde na gestão da saúde](#)
- [Quadro 6. Dimensões da literacia em saúde](#)
- [Quadro 7. Dimensões da comunicação em saúde](#)
- [Quadro 8. Formas de expressão da comunicação não verbal](#)
- [Quadro 9. As dimensões das competências do profissional de saúde no âmbito da relação terapêutica](#)
- [Quadro 10. Fases do Kalamazoo Consensus Statement](#)
- [Quadro 11. Elementos da decisão centrada no paciente, *feedback* e comunicação](#)
- [Quadro 12. As competências comunicativas dos profissionais de saúde](#)
- [Quadro 13. Relação entre teorias e assertividade](#)
- [Quadro 14. A composição da competência assertividade](#)
- [Quadro 15. A composição da competência clareza de linguagem](#)
- [Quadro 16. A composição da competência positividade](#)
- [Quadro 17. Benefícios da positividade](#)
- [Quadro 18. Enunciação do objeto de estudo, pergunta de partida, objetivos, geral e específicos, e tipo de desenho de pesquisa](#)
- [Quadro 19. A base fundacional do Q-COM-LIT](#)
- [Quadro 20. Informação sobre o painel de entrevistados](#)
- [Quadro 21. Passos para a análise de conteúdo qualitativa](#)
- [Quadro 22. Entendimentos sobre relação terapêutica](#)
- [Quadro 23. Dimensões das competências de comunicação](#)
- [Quadro 24. A importância do questionamento na dimensão do *acesso* à saúde](#)
- [Quadro 25. Dimensão da compreensão através das três competências](#)
- [Quadro 26. Resultados sobre o uso da informação e dos serviços de saúde](#)
- [Quadro 27. Componentes da assertividade na relação terapêutica](#)
- [Quadro 28. Componentes da clareza de linguagem na relação terapêutica](#)
- [Quadro 29. Componentes da positividade na relação terapêutica](#)
- [Quadro 30. Síntese de resultados da pergunta aberta sobre competências de comunicação](#)
- [Quadro 31. Competência da assertividade como *constructo*](#)
- [Quadro 32. Competência da clareza como *constructo*](#)
- [Quadro 33. Competência da positividade como *constructo*](#)
- [Quadro 34. Competências de comunicação nos passos da consulta](#)

FIGURAS

- [Figura 1. Os elementos funcionais do ato de comunicação](#)
- [Figura 2. As abordagens do acesso à saúde](#)
- [Figura 3. Fatores para viver com mais saúde](#)
- [Figura 4. Teoria situacional dos públicos, aplicada aos pacientes](#)
- [Figura 5. Ação comunicativa na resolução de problemas](#)
- [Figura 6. Áreas de ativação dos pacientes](#)
- [Figura 7. Funções da comunicação verbal](#)
- [Figura 8. Bidirecionalidade da comunicação e o processo de compreensão](#)
- [Figura 9. As três posições de descodificação da mensagem](#)
- [Figura 10. O uso da persuasão na consulta](#)
- [Figura 11. Competência como *constructo* com três categorias inter-relacionadas](#)
- [Figura 12. As dimensões das relações interpessoais](#)
- [Figura 13. A assertividade num *continuum* social](#)
- [Figura 14. Modelo de análise](#)
- [Figura 15. Resumo das técnicas de recolha de dados](#)
- [Figura 16. Processo metodológico para a execução dos *focus groups*](#)
- [Figura 17. Fases da formação do Q-COM-LIT](#)

TABELAS

- [Tabela 1. Informação sobre os *focus groups*](#)
- [Tabela 2. Amostra por quotas de género e profissão](#)
- [Tabela 3. Caracterização da amostra](#)
- [Tabela 4. Alfa de Cronbach do Q-COM-LIT](#)
- [Tabela 5. Resultados: Moda, mediana e quartis](#)
- [Tabela 6. Autoperceção da assertividade com *bom* por profissão e género](#)
- [Tabela 7. Valores de destaque na autoperceção de *bom* na assertividade](#)
- [Tabela 8. Autoperceção da clareza da linguagem com *bom* e *excelente* por profissão e género](#)
- [Tabela 9. Autoperceção da positividade com *bom* e apontamentos de *suficiente* e *excelente* por profissão](#)
- [Tabela 10. Total de respostas *bom* \(4\) por profissão e género](#)
- [Tabela 11. Total de respostas *excelente* \(5\) por profissão e género](#)
- [Tabela 12. Associações entre componentes e as competências assertividade, clareza e positividade](#)
- [Tabela 13. Indicadores de assertividade](#)
- [Tabela 14. Clusters assertividade por género e profissão \(percentagem\)](#)
- [Tabela 15. Indicadores de clareza – Análise de Componentes Principais](#)
- [Tabela 16. Clusters clareza por género e profissão \(percentagem\)](#)
- [Tabela 17. Indicadores de positividade – Análise de Componentes Principais](#)
- [Tabela 18. Clusters positividade por género e profissão \(percentagem\)](#)

ABREVIATURAS

ACP - Assertividade- Clareza-Positividade

AML – Área Metropolitana de Lisboa

AQC - Análise Qualitativa de Conteúdo

BLS – Baixa Literacia em saúde

CCG – Calgary Cambridge Guide

CNV - Comunicação Não Verbal

CV - Comunicação Verbal

FG – *Focus Groups*

GF - Género Feminino

GM - Género Masculino

KCS – *Kalamazoo Consensus Statement*

PS - Profissional de Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

INTRODUÇÃO

A comunicação é uma condição *sine qua non* para a vida humana e para a ordem social (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967, p. 13) e toda a comunicação afeta o comportamento humano (p. 19), incluindo a saúde. A prática de boas competências de comunicação influi numa relação significativa e confiável entre os seus intervenientes, em concreto pelos profissionais de saúde, aqueles de quem se espera que utilizem o conhecimento, a habilidade, a aprendizagem que fizeram nos cuidados que prestam, no contexto da saúde (Constantino, Crane & Young, 2013, p. 289), aos seus pacientes (Ranjan, Kumari & Chakrawarty, 2015, p. 1).

A comunicação, neste campo, assume-se como a “necessidade da hora” (Ranjan e outros, 2015, p. 1) e a “chave para um amanhã mais saudável” (Ratzan, 1994), salientando-se que é impossível não comunicar e que a comunicação não-verbal pode, por vezes, ser mais poderosa do que as palavras (Ali, 2018). A literatura tende a realçar a comunicação como catalisadora de resultados (Ong, Haes, Hoos & Lammes, 1995, p. 903), por ser uma ponte efetiva para a construção da relação terapêutica (Ha, Anat & Longnecker, 2010).

A abordagem ao contexto de saúde sob o prisma da comunicação é problemático e desafiador: 1) os “estudos sobre comunicação/interação e literacia em saúde continuam limitados” (e.g. Ishikawa & Kiuchi, 2010, p. 1); 2) não existe consenso nas profissões da saúde quanto à natureza das competências de comunicação essenciais (Spitzberg, 2013); 3) na prática médica atual, a comunicação é frequentemente mal utilizada (Kreps, 1996, p. 43); 4) os enfermeiros (Johnson, 2014, p. 43) ou os médicos (Makoul Arntson & Schofield, 1995), por exemplo, superestimam a literacia em saúde dos seus pacientes, o que pode contribuir para maus resultados em saúde, tais como o aumento de taxas de readmissão hospitalar e dos custos para o sistema de saúde (Dickens, Lambert, Cromwell & Piano, 2013); 5) mesmo em encontros clínicos não stressantes, os pacientes têm relutância em admitir qualquer falta de compreensão sentindo-se compelidos a seguir as recomendações conforme as entendem, em vez de pedir esclarecimento (Dickens e outros, 2013); 6) estudos recomendam a inclusão do treino formal em competências de comunicação no currículo e na prática médica

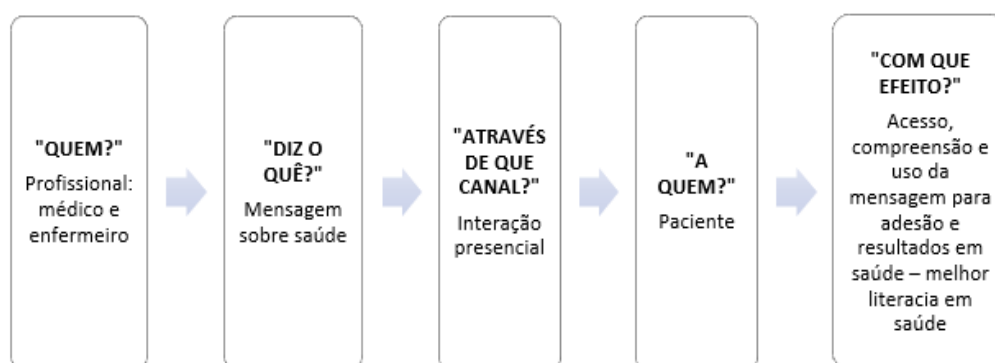
(Ranjan e outros, 2015); e 7) os dados mostram que os europeus têm baixos níveis de literacia em saúde (Sørensen e outros, 2012) sendo que 49% dos portugueses têm um nível inadequado e problemático em aceder, compreender e usar a informação em saúde (Espanha & Ávila, 2016, p. 1039).

No âmbito desta investigação, dado o interesse e relevância do tema, adotamos como objeto de estudo o contributo das competências de comunicação utilizadas pelos médicos e enfermeiros, no contexto da relação terapêutica que estabelecem com os seus pacientes. Pretende-se, mais especificamente, avaliar o impacto da utilização dessas competências na literacia em saúde dos pacientes, ao nível do acesso, compreensão e uso das orientações que lhe são prestadas pelos profissionais.

A opção por delimitar este estudo aos médicos e enfermeiros portugueses relaciona-se com o facto de estes serem os profissionais de saúde mais representados no nosso país: em 2018, há registo de 73 650 enfermeiros (Pordata, 2019) e 54 450 médicos (Ordem dos Médicos, 2019; Pordata, 2016, 2019). O desenvolvimento de competências de comunicação pelos profissionais referidos inclui-se numa estratégia que visa aumentar a qualidade na prestação de serviços de saúde (Silverman, Krutz & Draper, 2013).

Este estudo toma como referência os elementos base do modelo de comunicação de Lasswell (1948, p. 216), extrapolando-os para a relação terapêutica: “quem?” (profissional: médico e enfermeiro), “diz o quê?” (mensagem sobre saúde), “através de que canal?” (interação presencial), “a quem?” (paciente) e “com que efeito?” (acesso, compreensão e uso da mensagem sobre saúde – literacia em saúde) – figura 1.

Figura 1. Os elementos funcionais do ato de comunicação



Fonte: Baseado em Lasswell, 1948.

A literatura é consensual quanto à dependência dos resultados em saúde, face ao nível de literacia nesta área (e.g. Pedro, Amaral & Escoval, 2016), e a relação entre literacia em saúde e resultados em saúde.

Um investimento na área da literacia em saúde “poderá catapultar o indivíduo de ator secundário na promoção da sua saúde para sujeito principal deste processo, em que ele ganha poder sobre a sua saúde e persistentemente contribui para a sua melhoria” (Saboga-Nunes, 2014, p. 96). Neste contexto, as competências comunicacionais, ao contribuir para informar e influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promover a sua saúde (Teixeira, 2004, p. 615), influenciam favoravelmente a literacia em saúde e os ganhos na relação terapêutica (e.g. Silverman e outros, 2013).

Tanto o Plano Nacional de Saúde Português (DGS, 2015-2020) que alerta para a necessidade do “desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde que permitam desenvolver ações de cidadania em saúde” (DGS, 2015, p. 15), como o Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 (DGS, 2019a) salientam a necessidade de “disponibilizar instrumentos e ferramentas aos profissionais de saúde, por forma a promover a Literacia em Saúde”.

A descrição das competências de comunicação fundamentais para o profissional de saúde, que incluem tanto a linguagem verbal como a não verbal (Kreps, 1988, p. 346; Mast & Cousin, 2014, p. 39), encontram-se dispersas na literatura, focando-se, sobretudo, na necessidade de competências de linguagem clara e acessível (Charrow & Erhardt, 2007; Howard, Jacobson & Kripalani, 2013; Stableford & Mettger, 2007). Mast e Cousin (2014, p. 39) e Ong e outros (1995) estimam que menos de 10% dos afetos e emoções sejam comunicados verbalmente, sendo os restantes baseado em pistas não verbais (Silverman e outros, 2013, p. 1236).

Também os modelos de comunicação em saúde tendem a centrar-se sobretudo nos seus processos de condução da consulta, em vez de especificamente, no conteúdo das competências de comunicação necessárias na relação terapêutica, nos componentes de cada uma e na sua testagem, de modo a comprovar a sua proficuidade.

Detetando esta necessidade e oportunidade, a presente proposta centra-se no contributo interdependente e agregado de competências de comunicação, verbal e não

verbal, concretamente na assertividade, na clareza da linguagem e na positividade, no contexto da relação clínica dos médicos e enfermeiros com os seus pacientes. Este modelo designar-se-á *modelo ACP*.

Este estudo, suporta-se, epistemologicamente, na corrente interpretativista e na funcionalista. A âncora interpretativista nota-se por se assumir que os processos sociais têm uma natureza dinâmica e simbólica (Berlo, 1977; Giddens, 1979; Littlejohn, 1982) e que as causas das ações humanas residem no seu significado interpretado pelos seus atores (Parvanta & Bass, 2020, p. 21; Van Maanen, 1983). Interpretar como os indivíduos vivem e interpretam as suas vidas requer que o investigador se mova, muitas vezes literalmente, do seu mundo para o cenário dos participantes (Bailey & Hutter, 2006, p. 54). A corrente funcionalista, também, importa para esta investigação, porque avalia-se a descrição, avaliação e interpretação de parte de um sistema (Fourie, 2016, p. 2). Por isso vê-se a relação em saúde integrada numa dimensão social de interinfluência que se pretende equilibrada, em funcionamento e harmonia com o contexto (Lasswell, 1948, p. 217). O funcionalismo vai além da dimensão global do sistema, permitindo, nesta investigação, convocar uma perspetiva mais focada na continuidade da relação em saúde e no papel que os seus interlocutores desempenham na vida social. Também é uma corrente pragmática, orientada para resultados (Heath, 2018, p. 3), como se assume a atividade dos profissionais de saúde e a relação terapêutica. Permite pensar e estruturar uma intervenção em saúde baseada na prossecução de uma ordem e unidade (Heath, 2018, p. 1), nas quais o profissional e o paciente operam de forma interdependente, contribuindo ambos para se atingir um objetivo num determinado contexto (os resultados em saúde). Heath (2018) confirma que as funções do pensamento reflexivo podem ser usadas para resolver problemas cognitivos, tomar uma decisão ou esclarecer a escolha (p. 1). É neste sentido que importa refletir sobre as funções da comunicação usada pelo profissional de saúde para se atingir os resultados da compreensão e adesão terapêutica do paciente.

O objeto deste estudo ancora-se no quadro das abordagens teóricas da Comunicação, nomeadamente: 1) na teoria relacional (Bruning & Ledindham, 1998); 2) na teoria situacional dos públicos (Grunig, 1997) e na teoria da resolução de problemas (Kim & Grunig, 2011); 3) na abordagem da persuasão (Hovland, Janis & Kelley, 1953); 4)

no modelo de Schramm (1955) e de Hall (1980) de codificação-descodificação e 5) na teoria social cognitiva (Bandura, 1986), conjugada com a teoria do comportamento planeado (Ajzen, 1991; Fishbein & Ajzen, 1975).

1) A teoria relacional, com origem em Ferguson (1984), enfatiza a construção de um modelo de relações, alicerçadas na comunicação interpessoal (Bruning & Ledingham, 2002, p. 24; Kim, 2001), “mutuamente benéficas” (Bruning & Ledingham, 1998, p. 199), simétricas e recíprocas (Grunig, Grunig & Ehling, 1992; Grunig, 1993; Hon & Grunig, 1999). Esta teoria, por facultar aportes sobre a comunicação interpessoal, é útil para a presente investigação por permitir entender a relação terapêutica como devendo ser mutuamente benéfica, simétrica, gratificante para os seus intervenientes e assente na troca permanente de informação.

2) A abordagem aos públicos, através da teoria situacional dos públicos (Grunig, 1997) e da teoria da resolução de problemas (Kim & Grunig, 2011), permite, nesta investigação, fazer um paralelismo, identificando como públicos-chave em saúde os profissionais de saúde e os pacientes, que, ao serem ativados através do conhecimento, envolvimento e motivação, reconhecem os problemas que os afetam, organizam-se e agem para resolvê-los. Esta abordagem importa para o presente estudo, atendendo a que se propõe estudar a atuação dos profissionais e das suas competências comunicativas para a melhoria da sua relação com os pacientes. Neste âmbito, os profissionais de saúde destacam-se pela necessidade de um maior contributo para a resolução de problemas de comunicação que possam existir, tais como as falhas na compreensão dos seus pacientes face às orientações que lhes transmitem, sendo esta compreensão indispensável para a adesão terapêutica.

3) A abordagem de Hovland, Janis e Kelley (1953) foca-se em três elementos-chave da comunicação: o emissor, a mensagem e o recetor, que, quando utilizados estrategicamente, decidem o êxito persuasivo. A abordagem, nesta investigação, incidirá, sobretudo, sobre o desempenho do profissional (emissor) e o efeito persuasivo das suas competências de comunicação, que se ajustarão ao paciente (recetor). A abordagem da persuasão racional, usada com ética (Rubinelli, 2013), evidencia o processo de induzir mudanças através de uma comunicação retórica influenciadora (Bryant, 1953; Richmond & McCroskey, 2019; Sousa, 2003, p. 26).

4) Assumindo que a comunicação é um sistema de constante *feedback*, em que cada participante é simultaneamente um comunicador, que codifica e descodifica a mensagem, e que as mensagens de cada um dos intervenientes são alteradas ou afetadas pelo *feedback* do outro participante, recorre-se ao suporte teórico do modelo de Schramm (1955) e de Hall (1980). Este modelo incide sobre a codificação/*encoding* e descodificação/*decoding* (Ho, 2008, p. 8), em particular nas posições hegemónica e negocial, considerando que a codificação e a descodificação podem não estar perfeitamente simétricas (Hall, 1980). Como base no modelo, assume-se que os recetores podem ler nas entrelinhas e até inverter a direção pretendida da mensagem (leitura oposicional), o que pode comprometer o resultado comunicacional.

O que Hall (1980) considera de “distorções” ou “mal-entendidos” acontecem e são aumentados pela “falta de equivalência” (p. 54) entre as duas partes envolvidas na comunicação, quando o significado descodificado não corresponde necessariamente ao codificado, apesar do uso de sistemas de linguagem partilhados. Este modelo incorpora princípios fundamentais a considerar para o êxito comunicacional, que serão considerados: a multiplicidade de significados do conteúdo; a existência de variadas comunidades interpretativas; e a primazia do recetor na determinação do significado (Hall, 1980).

5) A teoria social cognitiva (Bandura, 1986), com origem na teoria da aprendizagem social (Bandura, 1977), interessa para a presente investigação porque sustenta que o comportamento é determinado pela modelação, expectativas, incentivos ou motivação e cognições sociais. Daí que importa à relação terapêutica a forma como os pacientes conseguem aprender novos comportamentos, observando e modelando (copiando) através dos profissionais de saúde, que desenvolvem, com confiança e autoeficácia as suas competências e promovem os comportamentos (Littlejohn & Foss, 2009, p. 467). As pessoas (pacientes) são motivadas (pelos profissionais) para determinar quais as ações que são benéficas para elas, recolher informações que servem de guias para a sua ação, podendo esta observação ocorrer em vários contextos (Littlejohn & Foss, 2009, p. 598). Paralelamente, os profissionais de saúde, ao envolverem-se em processos comunicativos, promovem a sua intenção de comportamento, conduzindo à motivação e a uma maior eficácia, seja através do

confronto com as competências exigidas, do reconhecimento da sua importância, da intenção de as utilizar adequadamente e da autoeficácia no seu uso. Em associação a esta teoria, integra-se, nesta investigação, as reflexões subjacentes à teoria do comportamento planeado (Ajzen, 1991; Fishbein & Ajzen, 1975), ao valorizar a intenção de comportamento como um fator de motivação e autoeficácia, que permite alavancar a necessária mudança comportamental para a melhoria das competências comunicativas do profissional de saúde, visando a melhoria de resultados em saúde.

A pergunta de partida, que orienta esta investigação, é: *Como é que, na relação terapêutica, as competências dos médicos e enfermeiros, concretamente a assertividade, a clareza da linguagem e a positividade, contribuem para a literacia em saúde do paciente?* Como objetivo geral, pretende-se compreender como é que a linguagem assertiva, clara e positiva, utilizada na relação terapêutica, contribui para aumentar a compreensão do paciente, face às orientações que lhe são transmitidas pelo profissional de saúde – condição indispensável para a adesão terapêutica –, concorrendo, assim, para aumentar a qualidade dos cuidados de saúde.

Elencam-se como objetivos específicos:

1. Conhecer a importância que os médicos e os enfermeiros atribuem às suas competências de comunicação, no contexto da relação terapêutica;
2. Explorar como os médicos e enfermeiros percecionam, na relação terapêutica, o seu contributo em relação à assertividade, linguagem clara e positividade para a melhoria da literacia em saúde, nas dimensões de acesso, compreensão e uso da mensagem (adesão terapêutica), do paciente;
3. Verificar a importância do modelo ACP – Assertividade, Clareza e Positividade – para o desempenho comunicacional de médicos e enfermeiros e o seu contributo para a melhoria da literacia em saúde do paciente.

Nesta investigação, utilizamos o método misto que integra as técnicas do *focus group*; do inquérito por questionário aplicado aos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) para verificar o modelo que se pretende que seja efetivo, para, assim, ser replicável e disseminado como modelo de comunicação em saúde e, no sentido de aumentar a literacia em saúde dos pacientes; da entrevista individual em profundidade para clarificar conceitos, perceções e avaliações junto dos profissionais de saúde e da

análise de conteúdo qualitativa para explorar o conteúdo dos *focus groups* e das entrevistas. A amostra para o inquérito é não probabilística, por quotas proporcionais de profissão e género.

Esta tese compõe-se de seis capítulos. O primeiro aborda os aspetos conceptuais e teóricos relacionados com a saúde, os seus públicos, e com a literacia em saúde. O segundo capítulo foca-se na comunicação em saúde, sendo discutidos, entre outros aspetos, o conceito, objetivos, a comunicação interpessoal, verbal e não verbal, a compreensão e persuasão no esforço comunicativo e as competências de comunicação. No terceiro capítulo, apresenta-se e discute-se a relação terapêutica, os modelos de consulta e de comunicação e as competências de comunicação do profissional de saúde, detalhando a assertividade, a clareza e a positividade. No quarto capítulo, abordam-se as opções metodológicas, em específico o objeto de estudo, a pergunta de investigação e os objetivos, assim como o modelo de análise e os métodos e técnicas utilizados. O quinto capítulo apresenta os resultados, que vertem da aplicação das técnicas e o sexto capítulo discute-os, procurando dar-lhes significado.

CAPÍTULO 1. SAÚDE E LITERACIA EM SAÚDE

1.1. O valor da saúde

O valor que a saúde representa para a vida humana traduz-se pela afirmação “saúde é riqueza” (Unger, 2004), com evidências claras de que as políticas de outros setores, para além da saúde, afetam o bem-estar das pessoas (Kottke, Stiefel, Nicolaas & Pronk, 2016, p. 3). Também o *Retrato da Saúde* (Ministério da Saúde, 2018) destaca que a saúde “é um dos mais poderosos fatores de integração e coesão sociais, como também de geração de riqueza e bem-estar” (p. 5).

A saúde é um estado dinâmico de bem-estar, caracterizado pelo potencial físico, mental e social, que satisfaz as necessidades vitais, de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal (Bircher, 2005, pp. 335-341). Numa dimensão funcional, é a habilidade para desempenhar papéis e responsabilidades (Laverack, 2007, p. 31). Sob a dimensão legal, é um direito humano fundamental, que assiste todas as pessoas, no qual a dimensão espiritual da saúde é cada vez mais reconhecida (Nutbeam, 1998, p. 1).

Na perspetiva holística, a saúde assenta num estado de completo bem-estar (Nutbeam, 1998, p. 1), que busca o equilíbrio tridimensional físico-mental-social (Organização Mundial da Saúde, 1986). A Carta de Ottawa (1986), numa abordagem totalizante, destaca alguns determinantes da saúde, entre os quais se incluem a paz, as condições socioeconómicas adequadas, o ambiente físico, os estilos de vida individuais, a alimentação, o abrigo, um ecossistema estável e o uso sustentável de recursos (Nutbeam, 1998, p. 1).

Reunindo estes contributos, a saúde pode, assim, ser repensada em termos de bem-estar, individual, grupal, organizacional, comunitário e societal (Engel, 1981; Kottke e outros, 2016), em que os profissionais de saúde exercem um papel fulcral neste redimensionamento concetual, sendo também uma “competência do médico de família a modelação holística” (Wonca, 2002, p. 7).

Diferencialmente, Kottke e outros (2016) consideram que o conceito de saúde é mais redutor do que o de bem-estar, defendendo, sobre o “estado de bem-estar” (p. 2), que é preciso ir além do conceito de *saúde*. Pois existem problemas existenciais comuns

que envolvem as emoções, valores pessoais e questões relacionadas com o sentido de vida que podem reduzir a satisfação ou serem desconfortáveis e que não estão enquadrados nos “problemas de saúde” (Kottke e outros, 2016, p. 2). Estes autores (Kottke e outros, 2016) explicam, por exemplo, que “as palavras que usamos influenciam o nosso pensamento” (p. 2), pelo que advogam que as razões linguísticas podem explicar por que os determinantes mais amplos da saúde podem não ser considerados quando se formula uma política social. Sendo mais amplo e incluindo outros determinantes, o bem-estar associa-se a políticas sociais positivas (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Diener, 2006), representando um fator de fortalecimento da percepção do paciente (Diener, 2006; Kottke e outros, 2016).

Diener e outros (1999) registam que as nações mais felizes são economicamente mais desenvolvidas, relativamente ricas e promotoras do bem-estar na sociedade (onde se incluem os fatores da saúde), que se distinguem por disponibilizarem apoio a pacientes e a pessoas com deficiência. Uma nação feliz, segundo Diener e outros (1999), é um Estado de direito forte capaz de assegurar direitos humanos e liberdades, com baixa corrupção, um governo mais eficiente e eficaz; impostos progressivos; programas de segurança para o arrendamento, pensões, subsídios de desemprego, políticas ativas, incentivos e criação direta de empregos (promotores também de maior literacia em saúde, contrariamente aos desempregados de longa duração) (Espanha, Ávila & Mendes, 2016); formação e ambientes naturais mais saudáveis, por exemplo, ar puro e amplos espaços verdes.

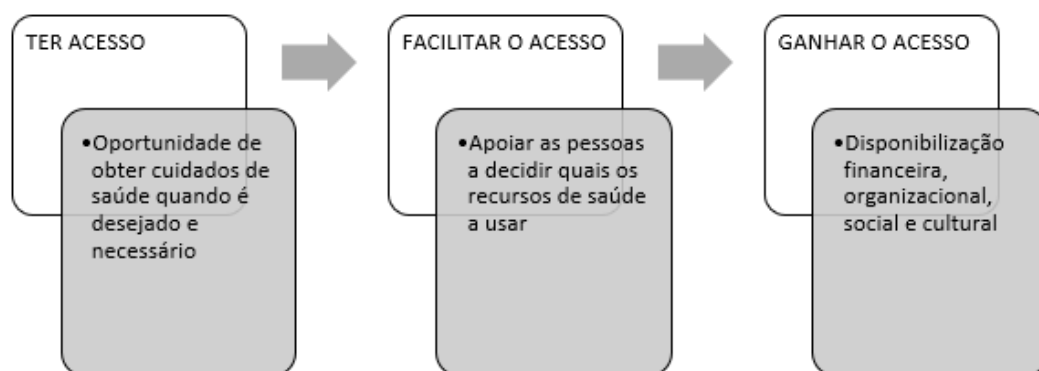
Subjacente a esta reflexão sobre a saúde, para a qual confluem múltiplas interinfluências (McLeroy, Bibeau, Steckler & Glanz, 1988), encontra-se a teoria geral dos sistemas (Bertalanffy, 1975). Esta teoria postula que a natureza se organiza hierarquicamente num *continuum*, com unidades maiores e mais complexas ordenadas até às menos complexas e mais pequenas, no qual o paciente é um componente “e nenhum sistema existe isolado” (Engel, 1981, p. 106). Muitas vezes, as doenças são apenas uma manifestação de funções cognitivas e emocionais que estão prejudicadas, de disfunções biológicas e psicossociais, que são preocupações legítimas dos indivíduos, grupos e populações (Nolte & Mckee, 2008, p. xvi).

Para o profissional de saúde, o sistema sobre o qual atua é sempre a pessoa – o paciente –, assumindo-se como a sua primeira fonte (Wonca, 2002), contrariamente ao modelo biomédico, que se circunscreve apenas ao corpo e à doença, negligenciando a pessoa (Engel, 1981, p. 107). Abre-se, por isso, um vasto campo associado à saúde e ao bem-estar das populações (Kottke e outros, 2016; Nutbeam, 2000a, 2000b).

1.2. O acesso à saúde como sinónimo de saúde

O acesso à saúde tem diferentes abordagens, podendo o conceito *acesso* desdobrar-se em: 1) ter; 2) facilitar; e 3) ganhar. Assim, enquanto “ter acesso” aos cuidados de saúde relaciona-se com a oportunidade de obter cuidados de saúde quando é desejado e necessário (Gulliford e outros, 2002, p. 186), “facilitar o acesso” diz respeito a apoiar as pessoas a decidir sobre os recursos de cuidados de saúde para poderem preservar ou melhorar a sua saúde (p. 186) e “ganhar acesso” tem em conta as barreiras financeiras, organizacionais, sociais e culturais, que limitam a utilização dos serviços (p. 186) – figura 2.

Figura 2. As abordagens do acesso à saúde



Fonte: Baseado em Guilford e outros, 2002, p. 186.

Criado em 1979, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) português surge como um “instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde” (Portal da Saúde, 2019), envolvendo todos os cuidados integrados de saúde, como a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a

reabilitação médica e social. O SNS deve garantir o acesso a todos os cidadãos nacionais, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade (Portal da Saúde, 2019). O Despacho n.º 11233/2016 reforça esta prioridade da garantia da saúde dos portugueses e alerta que, para atingir esse resultado, “é fundamental dotar o Serviço Nacional de Saúde de capacidade para responder melhor e de forma mais adequada às necessidades dos pacientes, simplificando o acesso e aumentando a sua efetividade” (Despacho n.º 11233/2016).

Reconhece-se, no sector da saúde, cinco critérios de classificação na oferta dos serviços de saúde (Lopes e outros, 2014) – quadro 1.

Quadro 1. Critérios de classificação e designação na oferta de serviços de saúde

CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO	DESIGNAÇÃO
Por nível de prestação	Primária, secundária e terciária
Por tipo de cuidados	Gerais, especializados e continuados
Por contexto de prestação	Centros de saúde, hospitais e unidades de cuidados continuados
Por natureza	Pré-agudos, agudos e pós-agudos
Por utilização	Primeira linha e segunda linha

Fonte: Adaptado de Lopes e outros, 2014.

A definição de cuidados de saúde primários resultou da conferência de Alma-Ata (1978), na qual Portugal, entre 134 países, participou. São entendidos como cuidados essenciais de saúde, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, de acesso universal para indivíduos, famílias e comunidade, mediante a sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país podem manter (Alma-Ata, 1978, p. 1). São cuidados baseados no espírito de autoconfiança e autodeterminação, fazendo parte do sistema de saúde com função central e foco principal no desenvolvimento social e económico global (1978, p. 3). Estes cuidados representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares, onde pessoas vivem e trabalham, e primeiro elemento do processo contínuo de assistência à saúde (Alma-Ata, 1978, p. 3).

Os cuidados secundários representam o conjunto de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento realizadas a pacientes na fase aguda de doença com

necessidade de intervenções especializadas, exigindo o recurso a meios e/ou tecnologias diferenciados (Lopes e outros, 2014, p. 22). Geralmente, são prestados em unidades hospitalares caracterizando-se por ser de curta duração (p. 22).

O desenvolvimento dos cuidados de saúde, especialmente os primários, trouxe a integração de múltiplas vertentes. Entre estas, encontra-se a universalidade, a gratuidade tendencial, a centralidade, o contributo para a prosperidade económica e social (Alma-Ata, 1978; Wonca, 2002).

Dois dos contributos mais evidentes da saúde têm sido a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Sigerist (1946) é o autor do conceito “promoção da saúde”, referindo que a saúde se promove quando se proporcionam condições de vida decentes tais como boas condições de trabalho, educação, cultura física e descanso (citado em Terris, 1992, p. 8) e concretiza-se na prevenção primária, medida que “não se dirige a uma determinada doença ou desordem, mas que serve para aumentar a saúde e o bem-estar gerais” (Leavell & Clark, 1976, p. 19). Segundo a Carta de Ottawa (1986), a *promoção em saúde* é um processo através do qual se disponibilizam os meios às populações, para que estas controlem e melhorem a sua própria saúde.

O ano da viragem, 1974, traduziu-se numa maior consciência global na área da saúde. Nesse ano, Lalonde (1981), ministro canadiano da saúde e do bem-estar, com inovação, propôs uma maior compreensão da saúde, alargando o conceito a um “campo da saúde” (1981, p. 31). O autor da promoção da saúde considerou quatro elementos gerais de influência na doença e morte dos indivíduos: 1) a biologia humana, incluindo aspetos físicos e mentais; 2) o ambiente, fator externo, não controlado pelo indivíduo; 3) os estilos de vida, como o conjunto de decisões tomadas pelo indivíduo; e 4) a organização dos cuidados de saúde, envolvendo a quantidade, qualidade, organização, natureza e relações das pessoas e recursos na prestação dos cuidados de saúde (Lalonde, 1981, p. 31).

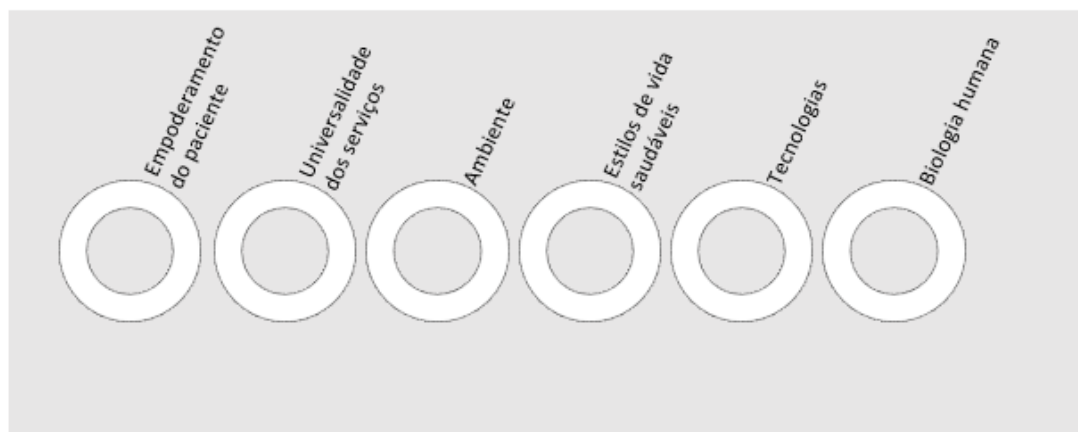
Makoul e outros (1995) analisaram 271 consultas em Oxford, Inglaterra, com 921 pacientes dos cuidados de saúde primários, para fazer uma avaliação da promoção da saúde, por considerarem que, apesar de esta ser geralmente reservada para programas de saúde pública ou de bem-estar, enriquece a comunicação médico-paciente, ao enfatizar questões de empoderamento, competência e controlo pelo paciente.

Concluíram que cerca de um quarto dos pacientes, após a consulta, revelaram uma *ilusão de competência*, a crença de que tópicos haviam sido discutidos quando nem sequer haviam sido mencionados.

A promoção e a prevenção integram o conceito da saúde, e as intervenções na prevenção da doença conduzem a uma maior longevidade (Leavell & Clark, 1976, p. 17), evitando o aparecimento e a evolução de doenças, diminuindo a sua incidência e prevalência. A teoria da compressão da morbilidade (Fries, 1980) defende que a prevenção e a assistência à saúde retardam a morbilidade (multiplicidade de doenças no indivíduo), permitindo que as pessoas envelheçam com menos incapacidade (Lopez & Guimarães, 2010, p. 1018).

Enquanto que a prevenção da doença visa evitar a doença e manter o bem-estar, a promoção da saúde integra ações de educação, mobilização social e *advocacy*, contribuindo para uma maior literacia em saúde, através de uma maior influência, intervenção social e políticas públicas de saúde (Nutbeam, 2000a, 2000b), que dotam uma vida com mais saúde (figura 3).

Figura 3. Fatores para viver com mais saúde



Fonte: Baseado em Alma-Ata, 1978; Kottke e outros, 2016; Lopes e outros, 2014; Nutbeam, 2000a, 2000b.

1.3. As consequências do envelhecimento da população

Pode-se antever que as especificidades demográficas e os estilos de vida exigirão mais cuidados de saúde. Em Portugal, a saúde segue a tendência dos países desenvolvidos, isto é, os portugueses vivem cada vez mais anos (Ministério da Saúde, 2018, p. 5). Portugal no século XXI tem uma população envelhecida, baixo índice de fecundidade, novos problemas de saúde, um número crescente de doenças crónicas e estilos de vida e comportamentos caracterizados por fatores de risco, determinantes para o estado de saúde dos portugueses (Ministério da Saúde, 2018, p. 5).

A esperança de vida dos portugueses é de 81,6 anos (INE, 2019), sendo mais elevada do que a média da União Europeia-UE (80,9 anos), e o número de pessoas com mais de 75 anos é superior a um milhão (SNS, 2018, p. 7, antes do COVID-19). Portugal debate-se com uma população envelhecida, com mais idosos do que jovens a residir no país: 21% dos portugueses têm 65 ou mais anos, enquanto 14% têm menos de 15 (SNS, 2018, p. 8), pelo que atingir uma idade mais avançada, mas com qualidade, é uma conquista (SNS, 2018, p. 7).

A Europa teve das maiores participações mundiais de pessoas com 65 anos ou mais em 2019, sendo que proporção de pessoas com menos de 20 anos está perto de atingir a dos idosos em 2019 devido à redução do número de nascimentos e ao aumento da longevidade (United Nations. Economic and Social Council, 2020, p. 16). Segundo o Eurostat (2020), em 2018 por cada pessoa com 65 anos ou mais, havia três pessoas em idade ativa, fenómeno explicado pelo aumento da longevidade.

As projeções do Eurostat (2020), indicam que a população da UE crescerá em geral 1,7% entre 2016 e 2080, com mais 8,5 milhões de pessoas, prevendo-se que a população da UE-28 atinja o pico por volta de 2045, com 529 milhões de pessoas, um aumento de 18,8 milhões (ou 3,7%) face a 2016 (Eurostat, 2020). Com a pandemia de COVID-19 que, em poucos meses, matou, no mundo, mais de 300 mil pessoas e infetou mais de quatro milhões e meio (Worldometer, 2020 – 16 de maio), e a possibilidade anunciada pela OMS e outros peritos da possível recorrência do vírus, as projeções, naturalmente, serão influenciadas por estes fatores.

Embora devendo olhar para o ciclo de vida das pessoas no seu contexto (Sørensen e outros, 2012), é certo que o envelhecimento da população e o perfil de baixa literacia em saúde, geralmente associado à população mais velha (Espanha e outros, 2016), são um elemento focal da saúde, exigindo uma intervenção específica.

Nas exigências ligadas ao envelhecimento global da população, a Association of Schools & Programs of Public Health-ASPPH (2018) identifica, nas áreas de desenvolvimento ligadas à saúde pública, as relacionadas com as competências dos profissionais de saúde, destacando-se a competência de comunicação em saúde nas várias vertentes, como a comunicação de risco, escrita, oral, o uso de novas tecnologias de comunicação, dentro da diversidade e cultura.

1.4. Públicos em saúde

Na definição de públicos, segue-se a versão de Grunig (1978), baseada em Dewey (1927) que assume que são um grupo de pessoas que 1) face a uma situação similar e indeterminada; 2) reconhece o que é problemático nessa situação; e 3) encontra um caminho para a sua resolução (Dewey, 1927; Kim & Grunig, 2011).

Se a pessoa perceber que um determinado problema a afeta, mas encontrar poucos obstáculos, provavelmente conseguirá, de uma forma ativa e sistemática, procurar e prestar informações sobre esse problema (Kim & Grunig, 2011, p. 121), havendo, por isso, condições para a sua resolução. Porém, o aumento da atividade comunicativa (Street, 2007) da pessoa que pretende resolver o problema só ocorrerá, se perceber que aquela informação lhe é útil (Littlejohn, 1982, p. 62). Isto quer dizer que as pessoas investem seletivamente a sua comunicação e os seus recursos cognitivos num problema, apenas quando percebem que o esforço necessário é relevante (Kim & Grunig, 2011, p. 122). Por este motivo, é preciso avaliar as questões que interessam aos diferentes públicos (segmentação) para se conseguir uma comunicação eficaz.

Grunig e Hunt (1984) identificam três variáveis na manifestação do comportamento dos vários públicos, podendo-se associá-las a um perfil dos intervenientes em saúde e, em particular, ao comportamento dos profissionais de saúde e pacientes e que são: 1) o nível de envolvimento com a ação; 2) o reconhecimento

desse problema, que inclui a procura de informação e o seu processamento; e 3) o reconhecimento dos constrangimentos existentes (Grunig & Hunt, 1984, pp. 148-154).

Estes públicos em saúde são os profissionais de saúde, à partida com mais poder (Coombs & Ersser, 2004; Harrington & Valerio, 2014; Koh, 2010; Nimmon & Regehr, 2018, p. 2), com a informação técnica e o poder da cura (King's Fund, 2010) e, por outro, os pacientes, com diferentes níveis de compreensão (Nutbeam, 1998; Sørensen e outros, 2012).

Os profissionais da área da saúde podem ser classificados como um público ativo, por revelarem maior conhecimento do problema (clínico), maior envolvimento e mais baixo constrangimento para agir, afirmando-se como o polo comunicativo (emissor) com controlo sobre a mensagem (Makoul e outros, 1995) e com a informação necessária à resolução do problema (Vaz de Almeida & Sebastião, 2018, p. 33).

Os pacientes, avaliados pelo Inquérito Europeu de Literacia Em Saúde (HLS, 2012), evidenciaram baixos níveis de literacia em saúde, num total de 50% dos inquiridos (Sørensen e outros, 2012). Por isso, encontram dificuldades em aceder, compreender e usar a informação em saúde (Nutbeam, 1998). Também 40% da população europeia tem baixos níveis de ativação (Hibbard & Gilbert, 2014), sendo este um conceito “comportamental” (p. 7) definido como o “conhecimento” (*knowledge*), capacidade (*skill*) e confiança (*confidence*) de um indivíduo para gerir sua saúde e cuidados de saúde” (p. 7) e, por isso, com limitações relacionadas com as crenças e confiança na gestão de tarefas de saúde e conhecimentos (p. 7).

Hallahan (2000) distingue nos públicos intermédios, os conscientes e os estimulados. Os públicos conscientes têm elevado nível de conhecimento e baixo envolvimento nas suas ações, pois não são diretamente afetados por estas. Os públicos estimulados manifestam um elevado envolvimento, mas pouco conhecimento que, podendo, por associação, ser pessoas com um grau de literacia (médio ou elevado), pois conseguem ler, escrever e compreendem conceitos matemáticos (Doak, Doak & Root, 1996; Kickbush, Pelikan, Apfel & Tsouros, 2013, p. 15), mas não dominam os termos médicos nem os conhecimentos sobre saúde/doença e, por isso, com baixa literacia em saúde (Sørensen e outros, 2012).

Os públicos ativos e participativos, com conhecimento e envolvimento (Hallahan, 2000), são os que participam, procuram, fazem triagem e transmitem informação (Kim & Grunig, 2011), mostram interesse pela organização e sua atividade e tentam influenciar. Comportando esta caracterização, estão, por associação, próximos do perfil de pacientes com adequada ou elevada literacia em saúde.

Os públicos inativos (passivos) distinguem-se dos ativos pelos baixos níveis de conhecimento e envolvimento, e constrangimentos nas suas ações, associando-se a um perfil de paciente com baixa escolaridade e/ou estatuto socioeconómico, idoso ou migrante, com dificuldade em entender a língua portuguesa (Espanha e outros, 2016), isto é, um indivíduo com baixa, inadequada ou problemática literacia em saúde (Sørensen e outros, 2012).

Os públicos passivos não mostram interesse pela organização nem pela atividade, têm alto constrangimento e falta de conhecimento (Hunt & Grunig, 1994, pp. 143-145; Kim & Grunig, 2011), podendo-se incluir, nesta categoria, os com baixa literacia em saúde que, apesar de recorrerem várias vezes por ano aos serviços de saúde, não obtêm resultados, por falta de adesão e de boas decisões em saúde (Miller, 2016; Sørensen e outros, 2012).

Embora as pessoas com baixo acesso, compreensão e uso da informação em saúde (Nutbeam, 1998, 2000a, 2000b) perfilam um público inativo ou mesmo passivo, com baixo nível de conhecimento e de envolvimento, são importantes para o sistema de saúde. Convocando os ensinamentos de Hallahan (2000) para o contexto da saúde, poder-se-á dizer que a sua inatividade não pressupõe falta de capacidade.

Conforme o quadro 2, o reconhecimento dos constrangimentos (crenças, barreiras) desencoraja o indivíduo, que percebe a existência de obstáculos limitadores da sua capacidade de agir sobre a situação (Grunig, 1997), ou, na terminologia de Bandura (1986), a falta de autoeficácia (considera-se autoeficaz o indivíduo que confia na sua capacidade para exercer controlo sobre os níveis de funcionamento e eventos que afetam a sua vida – Bandura, 1992, p. 2). Se não existir um mecanismo – que pode ser a atitude e comportamento do profissional de saúde –, que estimule a motivação para a resolução do problema, manter-se-á a atitude passiva do indivíduo que pode manifestar-se na aquisição, seleção (rejeição e aceitação), transmissão

(reencaminhamento e partilha) de informação (Kim & Grunig, 2011) sobre um dado problema (Grunig & Hunt, 1984).

Quadro 2. Tipos de públicos

PÚBLICOS INATIVOS (PASSIVOS)	PÚBLICOS LATENTES	PÚBLICOS INTERMÉDIOS: CONSCIENTES	PÚBLICOS INTERMÉDIOS: ESTIMULADOS	PÚBLICOS ATIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Não mostram interesse nem pela organização nem pela atividade • Baixo nível de conhecimento e baixo envolvimento na aquisição, seleção e transmissão de informação 	<ul style="list-style-type: none"> • Só se tornam ativos quando estimulados por algum fenómeno 	<ul style="list-style-type: none"> • Com elevado nível de conhecimento e baixo envolvimento nas suas ações 	<ul style="list-style-type: none"> • Com elevado envolvimento, mas pouco conhecimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Participam e procuram informação, demonstrando interesse pela organização
Hunt e Grunig, 1994; Kim e Grunig, 2011	Repper e Grunig, 1992	Hallahan, 2000		Hunt e Grunig, 1994; Kim e Grunig, 2011

Fonte: Elaboração própria.

Num paralelismo com estes públicos (Hunt & Grunig, 1994; Hallahan, 2000; Kim & Grunig, 2011; Repper & Grunig, 1992), Hibbard e Gilbert (2014) destacam quatro níveis de ativação em saúde. Assim, os indivíduos no nível 1 tendem a ser passivos e a sentirem-se sobrecarregados pela gestão da sua própria saúde (podem não entender o seu papel no processo de cuidar) e, por isso, pode-se associá-los aos públicos inativos ou passivos (Hunt & Grunig, 1994, pp. 143-145).

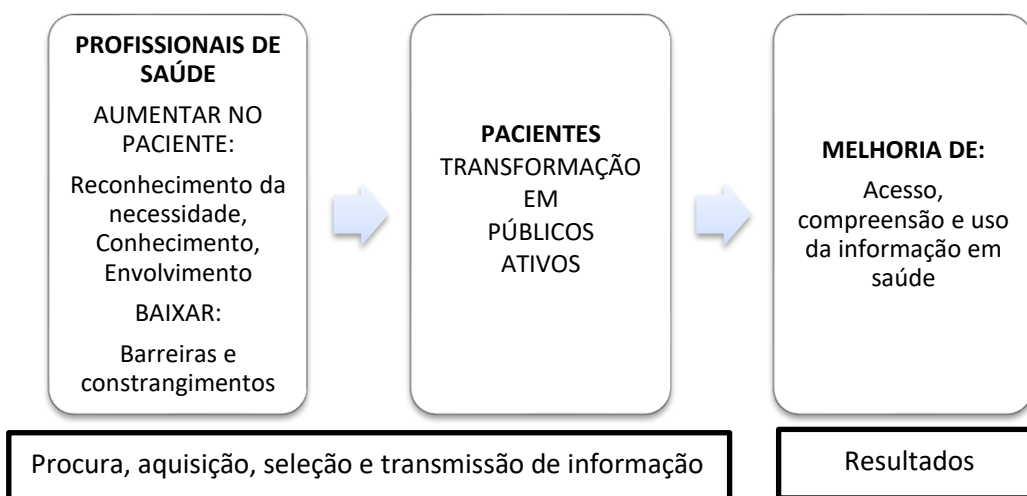
Nos níveis 2 e 3 (Hibbard & Gilbert, 2014, p. 9), pode-se integrar os públicos intermédios de Hallahan (2000), formados por pessoas que podem não ter falta de capacidade para tomar decisões, mas preferem delegar essa responsabilidade em especialistas (Levinson, Kao, Kuby & Thisted, 2005, p. 531). No nível 2, em paralelo com os públicos latentes, que só se tornam ativos quando estimulados por algum fenómeno (relação e comunicação do profissional de saúde) (Repper & Grunig, 1992), os indivíduos podem não ter conhecimento e confiança para gerir a sua saúde. No nível 3, parecem já

agir, mas ainda podem não ter a confiança e a competência necessárias para apoiar os seus comportamentos (Hibbard & Gilbert, 2014, p. 9).

Finalmente, os indivíduos do nível 4, em paralelo com os públicos ativos, adotam muitos dos comportamentos necessários para apoiar a sua saúde, mas podem não ser capazes de os manter diante do *stress* da vida (Hibbard & Gilbert, 2014, p. 9; Prochaska & DiClemente, 1983), pelo que se pressupõe que continuam a precisar de motivação e conhecimento para prolongar a sua ativação (Sørensen e outros, 2012). Elwin e outros (2010) reforçam, através do modelo de decisão partilhada (2010), apoiados em 86 estudos aleatórios, como são efetivos os ganhos obtidos pelo maior conhecimento dos pacientes, o seu envolvimento mais ativo e a sua maior confiança nas decisões (p. 1362).

Sumarizando e focalizando na teoria situacional da resolução de problemas (Kim & Grunig, 2011), esta: 1) analisa porquê e como os públicos – neste caso, os profissionais de saúde e pacientes – se tornam ativos em relação a determinado problema; e 2) como se envolvem em comportamentos comunicativos (Kim, Ni, Kim & Kim, 2012), tendo mais conhecimento, envolvimento, menos constrangimentos, para se tornarem mais motivados, ativos e participativos na procura, aquisição, seleção e transmissão de informação que lhes permita mais acesso, compreensão e uso da informação em saúde (Hibbard & Gilbert, 2014; Kim & Grunig, 2011; Sørensen e outros, 2012) – figura 4.

Figura 4. Teoria situacional dos públicos, aplicada aos pacientes



Fonte: Baseado em Grunig e Hunt, 1984; Kim e Grunig, 2011; Hallahan, 2000; Repper e Grunig, 1992.

1.4.1. A população portuguesa, os seus médicos e enfermeiros

A população portuguesa tem vindo a diminuir desde 2010 (SNS, 2018), apesar de a esperança média de vida das pessoas em Portugal ser 81,6 anos (Pordata, 2019, p. 23), pois têm-se registado mais mortes do que nascimentos, sendo a emigração maior do que a imigração (SNS, 2018, p. 8). Dados atuais (Pordata, 2019) indicam que a população em Portugal totaliza 10 283 822 pessoas (p. 8), concentradas nas zonas urbanas e litorais (SNS, 2018, p. 8).

Os trabalhadores da área da saúde, pela sua multidisciplinaridade, estão distribuídos por diversos grupos profissionais ou carreiras, cujas atividades se desenvolvem em termos interdisciplinares (SNS, 2016, p. 37).

Portugal ocupava, em 2017, um destacado terceiro lugar a nível europeu, com 497,5 médicos por 100 mil habitantes (Pordata, 2019). Nesse ano, a Grécia, com 606,6 médicos por 100 mil habitantes, liderava a lista de países, seguida da Áustria com 518,3 médicos (Pordata, 2016, 2019). Considerando os dados europeus, Portugal encontra-se no nono lugar no número de enfermeiros, com 716,2 por 100 mil habitantes, ocupando a Alemanha o primeiro lugar com 1653,9 enfermeiros por 100 mil habitantes (Pordata, 2019).

Os estabelecimentos hospitalares (isoladamente considerados) concentram 70% do universo dos trabalhadores, seguidos das Administrações Regionais de Saúde (ARS) com cerca de 19% (SNS, 2016, p. 31). Segundo o Instituto Nacional de Estatística – INE (2019), no final de 2017, o pessoal hospitalar era composto por 25130 médicos (mais 4106 que em 2007) e 41107 enfermeiros (mais 9 017 que em 2007). A maioria dos médicos ao serviço nos hospitais era especialista (68,1%) e a maioria dos enfermeiros nos hospitais era de cuidados gerais (83,5%) (INE, 2019, p. 5).

Se se considerar o início da democracia em Portugal (1974) e num propósito comparativo, em 1975 existia um total de 11101 médicos, enquanto o número de enfermeiros era 18592 (Pordata, 2019). Curiosamente é, em 1990, que o número de médicos (28016) é similar ao de enfermeiros (28154), ocorrendo, a partir deste ano, um distanciamento maior para o número de enfermeiros (Pordata, 2019).

O número total de médicos aumentou em 490% desde 1975, passando de 11101 para 54450 (2018) (Pordata, 2019). Apesar do evidente crescimento do número de médicos desde 1975 (Ordem dos Médicos, 2019; Pordata, 2016, 2019) e, em 2017, Portugal contabilizar um total de 497 médicos por 100 mil habitantes, acima dos 360 da média europeia (Pordata, 2019, p. 44), os relatórios oficiais salientam escassez de pessoal médico, em particular em certas especialidades como a MGF (SNS, 2016, p. 21).

O número de enfermeiros, em Portugal, nestes 43 anos (1975-2018) cresceu de 18592 para 73912, com uma diferença de mais 55 058 profissionais de enfermagem desde 1975 (+ 398%), e de quase mais 20 mil enfermeiros (+ 19 462) do que médicos (Pordata, 2019).

1.4.2. A intervenção crítica dos profissionais de saúde

Os profissionais de saúde são as principais fontes e codificadores da informação sobre saúde (Street e outros, 2009), comunicadores e influenciadores (Erchul, 1993; Hughes, 1992; O’Keefe & Medway, 1997, p. 173), contribuindo para a manutenção, promoção e prossecução da saúde (Wonca, 2002) e para a melhor educação para a saúde (Paakkari, Inchley, Schulz, Weber & Orkan, 2019; Zarcadoolas e outros, 2003).

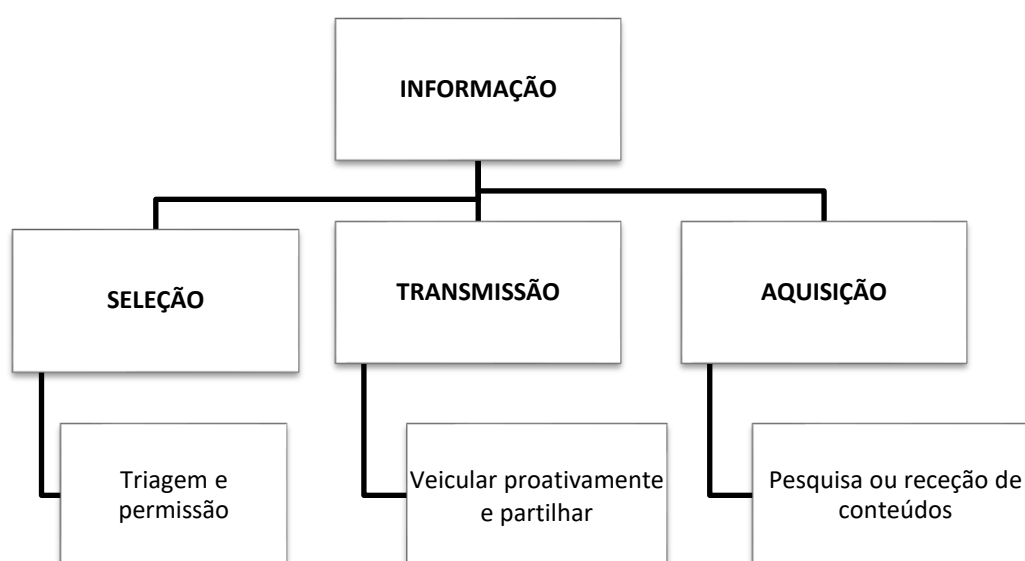
A relação entre o profissional de saúde e o paciente visa que este consiga aceder aos serviços, processar e compreender a informação em saúde e usá-la para obter os melhores resultados em saúde (Epstein e outros, 2005; Kreps, 1988; Pedro e outros, 2016; Sørensen e outros, 2012).

A intervenção do profissional de saúde pode ser crítica, na medida em que, na relação terapêutica, integra o público detentor da potencial resolução do problema e, à partida, com controlo sobre a mensagem (Street e outros, 2009), com informação necessária para essa resolução, maior conhecimento (Elwin e outros, 2010, p. 1362) e capacidade de envolvimento dos intervenientes num “trabalho de equipa à volta do paciente, com todos os profissionais de saúde” (Wonca, 2002, p. 9).

A ação do profissional de saúde é crítica para a resolução de problemas, pressupondo-se o aumento da sua atividade comunicativa na seleção, transmissão e aquisição de informação, determinado pela vontade e intenção com que passa a

informação aos outros (pacientes). Assim, a sua ação passa por: 1) seleção da informação (*selection*) pela “triagem” e “permissão”; 2) transmissão (*transmission*) “passada proactivamente” (o emissor deseja transmitir conteúdos, mesmo que não solicitados), e “partilhada” (reativo ou passivo, só transmite informação quando requisitada), e 3) aquisição (*acquisition*), através da “pesquisa” ou “recepção” aos conteúdos informativos (Kim & Grunig, 2011, p. 121) – figura 5.

Figura 5. Ação comunicativa na resolução de problemas



Fonte: Baseado em Kim e Grunig, 2011.

À medida que se passou do profissional independente e de um modelo de baixa tecnologia para um de alta tecnologia, complexo e baseado em sistemas, com o aumento de especialistas, estadias hospitalares mais curtas, horas de trabalho limitadas, transferências múltiplas, tornou-se cada vez mais evidente que o ambiente dos serviços de saúde passou a exigir excelentes competências de comunicação e de trabalho em equipa (Keyes, 2008, p. 18). Este processo de duplo sentido e de gestão do equilíbrio relacional é exigido tanto na relação do profissional com o paciente como nas relações interprofissionais (McCaffrey e outros, 2011, p. 121). Conforme o quadro 3, existem características exigíveis tanto aos médicos como aos enfermeiros consubstanciadas por competências que incluem conhecimentos e capacidades, confiança, comunicação e

visão holística (Decreto-lei 177/2009; Decreto-lei 71/2019; Ordem dos Médicos, 2019; Smith, 2012; Wonca, 2002).

Quadro 3. Fatores comuns nas profissões de médico e enfermeiro

Fatores	Fontes
Competências	Dec.-lei 177/2009, art.10,25; Ordem dos Médicos – OM, 2019; Wonca, 2002
Conhecimentos e capacidades	Dec.-lei 177/2009; Ordem dos Médicos, 2019, artº 4; Wonca, 2002
Confiança	Ordem dos Médicos, 2019; Wonca, 2002
Comunicação	Ordem dos Enfermeiros – OE, 2019; Wonca, 2002
Visão holística	Wonca, 2002

Fonte: Elaboração própria.

1.4.3. Os médicos: perfil funcional e sociodemográfico

Os médicos são identificados como sendo “cientistas clínicos” (NHS Employers, s.d.), que aplicam os princípios e procedimentos da medicina para prevenir, diagnosticar, cuidar e tratar pacientes com doenças, ferimentos e manter a saúde física e mental (NHS Employers, s.d.), podendo, como profissionais de saúde, orientar, influenciar decisões e persuadir (Lalonde, 1981). A missão do médico integra um processo comunicativo bidirecional, através do uso de funções clínicas e de comunicação (Greenhalgh & Heath, 2010).

No *Juramento de Hipócrates* (1983), os médicos assumem “prometer solenemente consagrar a vida ao serviço da Humanidade” (Associação Médica Mundial-AMM, 1983), estando a profissão designada como “arte” (AMM, 1983, p. 1), que o médico exercerá com consciência (a sua cognição) e dignidade (ética), sendo a “saúde do doente” a sua “primeira preocupação” (p. 1).

O Dec. Lei 177/2009 apresenta no art.º 9.º o perfil do médico como “o profissional legalmente habilitado ao exercício da medicina, capacitado para o diagnóstico, tratamento, prevenção ou recuperação de doenças ou outros problemas de saúde” (2009, p. 5049) e com capacidade para prestar cuidados e intervir sobre indivíduos ou populações que possam estar doentes ou saudáveis, com a finalidade de proteção, melhoria ou manutenção do seu estado e nível de saúde (2009, p. 5049).

É exigido aos médicos um conjunto de funções, comuns aos profissionais de saúde, nas quais se incluem boas capacidades de comunicação e de trabalhar em equipa, a empatia e a integridade (NHS Employers, s.d.), que visam merecer a confiança dos pacientes que sustentam a relação terapêutica (NHS Employers, s.d.). Além destas, os médicos têm outras funções específicas, nomeadamente: 1) avaliar as necessidades de saúde dos pacientes, considerando as suas circunstâncias pessoais e sociais; 2) aplicar os seus conhecimentos e capacidades para sintetizar informações de várias fontes, de forma a alcançar o melhor diagnóstico e compreensão do problema do paciente; 3) apoiar os pacientes na compreensão da sua condição e no que podem vir a esperar dessa condição; 4) identificar e aconselhar sobre opções de tratamento apropriadas ou medidas preventivas; 5) explicar e discutir os riscos, benefícios e incertezas dos vários testes e tratamentos e, sempre que possível, apoiar os pacientes a tomar decisões sobre os seus próprios cuidados; 6) capacidade para elaborar soluções; 7) reconhecer e respeitar as funções e atributos das outras profissões e dos pacientes (NHS Employers, s.d.).

Há uma personalização na relação de saúde, na qual, por exemplo, pode-se observar o médico de família (MGF), que usa a sua perícia, motivação e compreensão para proporcionar alívio, lidando com as pessoas e os seus problemas no contexto das suas circunstâncias de vida, e não como patologias (Engel, 1981) ou “casos” impessoais (Wonca, 2002, p. 10). Denota-se, aqui, uma manifestação do modelo biopsicossocial (Engel, 1981).

Especificamente em relação aos médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF), estes registam em Portugal o maior crescimento de médicos de especialidade, com mais de sete mil profissionais entre 1990 e 2018 (Pordata, 2019), e constituem, nesta investigação, a especialidade inquirida. A Sociedade Europeia de Clínica Geral/Medicina Familiar – WONCA (2002), que assume a liderança académica e científica em representação da medicina geral e familiar em todo o continente europeu (Wonca, 2002, p. 4), refere que são médicos pessoais (Wonca, 2002, p. 7,12), responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos, independentemente da idade, sexo ou afeição, e cuidam, numa visão do empoderamento em saúde, dos indivíduos no contexto das suas famílias, comunidades

e culturas (p. 7). O empoderamento é considerado, nesta investigação, na perspetiva da OMS (1998) como um processo através do qual os cidadãos ganham um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde.

Para a satisfação das necessidades de saúde do paciente, a aposta reside num serviço de proximidade às populações, com equipas de saúde familiar, contribuindo para a promoção da saúde, prevenção da doença e cuidados curativos e paliativos, abordando fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais, com recurso ao conhecimento e à confiança gerados pelos contactos repetidos (Wonca, 2002, p. 7).

Entre as funções nucleares do médico de MGF estão: 1) a gestão de cuidados de saúde primários; 2) os cuidados centrados na pessoa; 3) as aptidões específicas de resolução de problemas; 4) a abordagem abrangente; 5) a orientação comunitária; e 6) a modelação holística (Wonca, 2002, p. 7). O exercício desta especialidade envolve a) tarefas clínicas, b) comunicação com os pacientes e c) gestão da prática clínica (Wonca, 2002, p. 7).

Numa atualização do perfil funcional do médico de MGF, Santos e outros (2019) realçam a importância do *continuum* da atividade (p. 7), da relação e da comunicação efetivas médico-doente, caracterizadas pela regularidade no tempo, estado em evolução e reinterpretação (p. 7) e holismo nas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial (p. 8) e, por isso, com vários significados e sentidos entre o “saber em ação” e o “saber que não se diz” (p. 5). Os médicos de MGF têm, ainda, um papel de importância-chave no aumento da literacia em saúde dos pacientes, pois contribuem para a sua navegabilidade no sistema, “auxiliando-os sempre que necessário no acesso aos serviços” (Wonca, 2002, p. 7) e usam a comunicação, que é considerada por si própria como terapêutica, na relação (p. 10).

Os médicos são, em Portugal, o segundo grupo de pessoal da saúde com maior número de efetivos (SNS, 2016, p. 31). Quanto ao seu perfil sociodemográfico, em 2018, em Portugal, existiam um total de 54 450 médicos (Ordem dos Médicos, 2019; Pordata, 2019), com 29 991 médicos do género feminino e 24 459 do género masculino (Ordem dos Médicos, 2019). A taxa de feminização do pessoal médico, é de 59,1% (SNS, 2016, p. 149).

Do total, 7 149 médicos são especialistas de MGF, dos quais 4 395 são mulheres e 2 754 homens (Ordem dos Médicos, 2019). Com dados da Pordata (2019), ligeiramente diferentes da Ordem dos Médicos (2019), o total de médicos em Portugal em 2018 era 53 657, dos quais 39 518 são especialistas e 14 139 não especialistas (Pordata, 2019). Com dados de 31 de dezembro de 2018, a Ordem dos Médicos (2019) evidencia um crescimento de 793 indivíduos no total de médicos, passando de 53 657 para 54 450 (OM, 2019). Os dados atualizados na plataforma eletrónica da OM (2020) apontam para um novo crescimento na MGF, passando a serem contabilizados 4 632 médicos do género feminino e 2 819 do género masculino (total em janeiro de 2020: 7 452 médicos de MGF).

Segundo a Pordata (2019), em 2018 na área metropolitana de Lisboa, havia 18 607 médicos. Quanto aos médicos de especialidade, os primeiros dados da Pordata (2019) divulgados em 1990 registam, num total de 28 016 médicos (19 601 não especialistas), 9 251 especialistas nos quais se inclui 275 médicos de MGF (7 277 em 2018), 732 de Pediatria (2 135 em 2018), 681 de Cirurgia Geral (1 765 em 2018), 645 de Estomatologia (581 em 2018), 526 de Psiquiatria (1 180 em 2018), 446 de Oftalmologia (1 065 em 2018), 261 de Ortopedia (1 240 em 2018) e 5 067 de outras especialidades (22 475 em 2018) (Pordata, 2019).

Segundo o INE (2019), em 2017, o “número de médicos por mil habitantes era de 5,0, superior ao registado em 2016 (4,9) e consideravelmente superior a 2007 (3,6), dos quais 61,1% eram médicos especialistas” (INE, 2019, p. 6), incluindo também a MGF como especialidade.

Verifica-se uma maior concentração de médicos em Lisboa (9 281 feminino e 7 194 masculino) e em todos os escalões etários existem mais mulheres, exceto na faixa de mais de 65 anos (1 614 mulheres e 2 391 homens), seguido dos mais jovens, abaixo dos 31 anos (1 439 H e 712 M) (Ordem dos Médicos, 2019). A faixa etária com menor número de médicos, em Lisboa, é a dos 46 aos 50 anos (542 mulheres e 361 homens) (OM, 2019).

A seguir, em maior número de médicos, está o Porto com 6 763 mulheres e 5 248 homens, continuando a ser a maior concentração, nesta cidade, de médicas abaixo dos 31 anos (1 566) e acima dos 65 anos (1 321). Nos Açores, existem um total de 481

médicos distribuídos por 9 ilhas (exceto o Corvo = 0) e na Madeira e Porto Santo totalizam 611. No estrangeiro também se encontram médicos portugueses, especificamente 188 do género feminino e 280 do masculino.

1.4.4. Os enfermeiros: perfil funcional e sociodemográfico

A enfermagem é a “profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital” (art.º 4, REPE, 1996). O fundamento da enfermagem assenta numa “interação entre o enfermeiro e o utente, indivíduo, família, grupos e comunidade” (art.º 5, REPE, 1996), na qual se estabelece “uma relação de ajuda com o utente” (art.º 5, REPE, 1996).

O Dec. Lei 71/2019 destaca “a relevância” que os enfermeiros, no âmbito do SNS, assumem na “organização e funcionamento dos serviços, como garante da qualidade da prestação dos cuidados de saúde e da segurança dos procedimentos” (p. 2626), enunciando, no art.º 9, que o “conteúdo funcional da categoria de enfermeiro” (p. 2627) é dado pelas suas qualificações e funções e “tem como foco o indivíduo, a família e a comunidade, ao longo de todo o seu ciclo de vida” (p. 2627).

Funcionalmente, os objetivos fundamentais dos enfermeiros são: 1) a promoção da saúde, 2) a prevenção da doença; 3) o tratamento; 4) a reabilitação, e; 5) a reinserção social (art.º 8, REPE, 1996). No que se refere ao dever de informação, o art.º 105, da Lei 156/2015, aborda o dever de o enfermeiro informar, o indivíduo e a sua família, sobre os cuidados de enfermagem, garantir o consentimento informado e responsabilidade e cuidado nos pedidos de informação, seja sobre a pessoa ou sobre os recursos a que esta pode ter acesso e a maneira de os obter.

A Lei 156/2015 define o estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE), destacando no art.º 99º, nos princípios gerais, as “intervenções de enfermagem” (p. 8102). Estas envolvem a “preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (p. 8102), reforçada pelos valores universais observados na relação profissional. Entre os valores da relação profissional, destacam-se a igualdade, liberdade responsável com a capacidade de escolher, o bem comum, a verdade e a justiça, o

altruísmo e a solidariedade, sobretudo com a comunidade em caso de crise ou catástrofe, a competência e o aperfeiçoamento profissional (Lei 156/2015).

Quanto ao perfil sociodemográfico, em Portugal, “o grupo de pessoal com maior número de efetivos [na saúde] é o pessoal de enfermagem com 32,6% do total de trabalhadores” (SNS, 2016, p. 31). Em 2018, existia um total de 73 912 enfermeiros, 60737 do género feminino e 13 175 do género masculino (OE, 2019).

Dados da OE (2019) indicam em 2018, a distribuição de enfermeiros por especialidade: Enfermagem de Reabilitação 4 110; Medicina Cirúrgica 4 035; Enfermagem Comunitária 2 869; Saúde Infantil e Pediátrica 2 663; Saúde Mental e Psiquiátrica 2 088 e Saúde Materna e Obstetrícia com 217.

Do total de enfermeiros (73 912), 16 673 exercem a profissão em Lisboa, dos quais 13 725 são mulheres e 2 948 homens (OE, 2019). A grande concentração de enfermeiros situa-se na faixa etária dos 31 aos 35 anos, com um total de 14 933 (dos quais 12 303 são mulheres e 2 630 homens) e na faixa etária dos 36 aos 40 anos com um total de 11 481 (9 148 mulheres e 2 333 homens). O distrito com menos enfermeiros em exercício é Beja que, no final de 2018, tinha um total de 931 – 756 mulheres e 175 homens (OE, 2019). A taxa de feminização dos enfermeiros, ao nível nacional, é de 83,4% (SNS, 2016, p. 149).

Segundo o INE (2019), em 2017, o número de enfermeiros por mil habitantes era de 7,0, superior a 2007 com 5,1 (p. 6). Dados da OE (2019) evidenciam que o rácio de enfermeiros por mil habitantes era, por distrito, no final de 2018: 12,34 em Coimbra (maior número), cinco em Aveiro e Leiria (menor número) e 7,41 em Lisboa (OE, 2019, p. 2).

Em 2018, os enfermeiros, a exercer em centro hospitalar/hospital, eram 32 834, sendo 26 756 mulheres e 6 078 homens (OE, 2019, p. 3), correspondendo a uma taxa de feminização de quase 80% (77%). Os enfermeiros hospitalares são profissionais de saúde que, na sua competência, integram fatores pessoais, externos e motivacionais, associando o conhecimento na prática, experiência, pensamento crítico, assim como ao carinho, comunicação, motivação e profissionalismo (Smith, 2012). Os efeitos da sua ação resultam na confiança, prática segura e cuidado holístico (Smith, 2012).

Benner (1982) reforça que, em termos de competência, os enfermeiros estão conscientes e perspetivam as suas ações em objetivos ou planos de longo prazo, permitindo-se, com o conhecimento adquirido, contemplar o problema e desenvolver um conjunto de tarefas para atingir determinados resultados (p. 404).

Apesar de os enfermeiros, em contexto hospitalar, lidarem com a doença, com menor foco na prevenção e maior pontualidade nos contactos (Tomey & Alligood, 2004), os seus pacientes valorizam o ambiente relacional (Lopes e outros, 2014, p. 7).

Ademais, na organização hospitalar, o enfermeiro é o elo de comunicação na equipa (Backes, Backes, Sousa & Erdmann, 2008, p. 325) e a primeira recomendação da American Association of Critical Care Nurses (AACN) vai no sentido de se criar um ambiente de trabalho saudável, assente numa comunicação habilidosa.

1.4.5. Pacientes, clientes ou utentes de serviços de saúde: o público focal da saúde

O paciente é o “ponto focal da medicina” (Unger, 2004, s.p.), o “ponto de partida de todo o processo de saúde” (Wonca, 2002, p. 7), “o árbitro final” (Dyche, 2007, p. 1037) e todos fomos, somos ou seremos um dia pacientes (Gauderer, 1998).

O termo que define a pessoa que acede e usufrui dos serviços de saúde não é linear. A palavra *paciente* deriva do latim *patientem*, *patiens*, *patior* (Rezende, 2010, p. 149). O lexema *cliente*, relacionado com a saúde, tem origem no vocabulário da economia liberal (Takauti, Pavone, Cabaral & Tanaka, 2013, p. 176), referindo-se à pessoa que recorre aos serviços de saúde como um consumidor e à saúde como um bem de consumo e não de direito social (2013, p. 176). Há, inclusive, quem defenda que a designação de “utente” corresponde aos indivíduos que usam ou desfrutam de alguma coisa coletiva, ligada a um serviço público ou particular (Takauti, Pavone, Cabaral & Tanaka, 2013, p. 176).

A carta dos *Direitos do Paciente* (American Hospital Association-AHA Patient’s Bill of Rights, 1992) advoga que os hospitais devem garantir uma ética nos cuidados de saúde, que respeite os pacientes na tomada de decisão sobre opções de tratamento, assim como outros aspetos (American Patient Rights Association, 2019), com a decisão centrada no paciente (Elwin e outros, 2010; Maatouk-Burmann e outros, 2016; Street e

outros, 2009; Zandebelt, 2007). Esta carta (1992) realça que o atendimento ideal deve basear-se numa comunicação aberta e honesta, com respeito pelos valores pessoais e sensibilidade quanto às diferenças (e.g. culturais, raciais, linguísticas, religiosas, etárias, de género) e necessidades das pessoas com deficiência.

Na presente investigação, será considerada como *paciente* a pessoa que acede aos serviços de saúde ou recebe tratamento médico ou de enfermagem, por se referir ao termo em inglês (*patient*), já reajustado a um perfil que não se concentra apenas em *sofrer e padecer*, implicando ter direitos e ser participativo (American Patient Rights Association, 2019).

1.5. Literacia em saúde: um constructo multidimensional

O conceito *literacia em saúde* tem evoluído ao longo do tempo, tendo sido Simonds (1974) o primeiro autor que, através de uma abordagem educacional, fez a ponte entre a educação e a saúde (p. 9). Também, em 2000, Nutbeam, autor de muitas das políticas da OMS (Nutbeam, 1998, 2000a, 2000b), sublinha que o esforço de desenvolver a literacia em saúde tem raízes comuns com o acesso à educação, os níveis de literacia da população e o estado de saúde (2000, p. 183).

Partindo da definição da OMS (1998), Ishikawa e Kiuchi (2010), Nutbeam (2000a, 2000b), Paasche-Orlow e Wolf (2007) e Sørensen e outros (2012) acrescentam, a esta base, as motivações dos indivíduos para resolver os problemas de saúde, durante todo o seu ciclo de vida (Sørensen e outros, 2012, p. 3). A literacia em saúde é um *constructo* multidimensional (Almeida, 2018, p. 34; DGS, 2019; Edwards, 2001), que vai beber a diversas áreas, como à educação em saúde (Nutbeam, 2000a, 2000b; Simonds, 1974), à promoção em saúde (Lalonde, 1981; Nutbeam, 2000a, 2000b) e ao marketing social (Primak, Bui & Fertman, 2007).

A American Medical Association (1999) considera a literacia em saúde como uma “constelação de competências”, incluindo a capacidade para desenvolver tarefas básicas de escrita e leitura, exigida para funcionar no contexto de cuidados de saúde (p. 553). Ter literacia em saúde implica que o paciente seja capaz de aceder, compreender, avaliar, interpretar, usar e fazer a gestão de uma série de elementos inerentes ao

contexto de saúde: rótulos, prescrições, formulários, sinalética, medicação, bulas, incluindo a própria navegabilidade no sistema (AMA, 1999). Sørensen e outros sistematizaram em 2012 a abordagem e o conceito de literacia em saúde, definindo-o como (Sørensen e outros, 2012; European Health Literacy Consortium 2014):

Um constructo multidimensional que se relaciona com o desenvolvimento do conhecimento, competências e motivações dos indivíduos para melhor acederem, compreenderem e usarem a informação e o sistema de saúde, por forma a tomarem decisões fundamentadas para manterem a sua saúde no seu ciclo de vida.

Esta conceção de literacia em saúde envolve o conhecimento, a motivação (OMS, 1998; Sørensen e outros, 2012), outras competências individuais para se “tomar decisões acertadas” (Medical Library Association, 2008; Somers & Mahadevan, 2010) sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde (Sørensen e outros, 2012). Watson (2019) reage ao termo *decisões acertadas*, criticando-o por ser “ambíguo” (p. 3). Explica esta ambiguidade, dizendo que as decisões podem ser “boas” numa “perspetiva médica” (i.e. o que é medicamente indicado) (p. 5) ou numa perspetiva de “valor” (p. 5), isto é, decisões baseadas na partilha, na compreensão dos interesses dos pacientes, em que a comunicação é uma “competência interpessoal de uma prática clínica ética” (p. 3).

Conforme o quadro 4, Nutbeam (2000a, 2000b), enquadrando os comportamentos nos seus contextos, estrutura três níveis da literacia em saúde, que exigem capacidades cognitivas e sociais: 1. a literacia funcional, na qual se incluem as capacidades básicas de leitura e escrita; 2. a literacia comunicativa/interativa para “extrair a informação e sentido” e aplicar nas novas situações e contextos; e 3. a literacia crítica, que exige análise crítica e o uso de informação em saúde para exercer controlo sobre eventos da vida e situações (pp. 263-264).

Quadro 4. Os níveis de literacia do indivíduo

LITERACIA FUNCIONAL	LITERACIA COMUNICATIVA OU INTERATIVA	LITERACIA CRÍTICA
Tem habilidades básicas de leitura e escrita: sabe escrever, ler e fazer as operações	Tem habilidades cognitivas e sociais para “extrair a informação e sentido” e aplicar	Tem habilidades cognitivas e sociais de análise crítica e usa informação em saúde para

matemáticas simples (soma, subtração, multiplicação, divisão);	nas novas situações e contextos;	exercer controlo sobre eventos da vida e situações;
Considera o conteúdo adaptado ao seu nível de escolaridade entendível;	Recolhe a informação de várias fontes;	Procura informação em várias fontes e considera se se aplica na sua situação;
Não precisa de alguém que o/a ajude a ler;	Extraí informação que precisa;	Extraí informação relevante;
Consegue fazer categorias e compreender o todo.	Compreende a informação obtida;	Compreende e comunica a informação;
	Comunica a alguém a sua ideia sobre a doença;	Considera a credibilidade da fonte e verifica com alguém se a informação é válida e fiável.
	Aplica a informação no seu dia-a-dia.	

Fonte: Baseado em Ishikawa e Kiuchi, 2010; Nutbeam, 2000a, 2000b.

Dando ainda um contributo sobre o entendimento de literacia em saúde, Watson (2019) desdobra o conceito em três componentes: define a “acessibilidade” como aquilo que as pessoas conseguem ler; a “compreensão” como o que sabem relativamente ao significado das palavras; e a “usabilidade” como relacionada com as decisões tomadas, baseadas na compreensão das palavras (p. 13), o que resulta numa capacidade de usar o processo de comunicação e de funcionar na sociedade (Benavente e outros, 1996; Wiemann & Backlund, 1980, p. 186).

1.5.1. Os desafios da baixa literacia em saúde

Diagnosticando uma “epidemia da literacia em saúde” (Davis & Wolf, 2004, p. 595), os sistemas europeus lidam com vários desafios relativamente à baixa literacia em saúde dos seus cidadãos, nos quais se inclui um crescendo de custos na assistência médica (Kurtz, Silverman & Draper, 1998), o aumento de doenças crónicas e do envelhecimento populacional, questões exacerbadas pela escassez dos profissionais preparados para lidar com essas populações (Wise & Nutbeam, 2007).

A OMS (2019) recomenda esforços que são “cruciais” para aumentar a literacia em saúde, para que as ambições sociais, económicas e ambientais da *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável* sejam plenamente realizadas. A OMS (2019) destaca que é preciso uma nova maneira de trabalhar para se atingir a *Agenda 2030*, envolvendo as

diferentes partes multidisciplinares (e.g. instituições académicas e outras organizações), para desenvolver e melhorar métodos para medir a literacia em saúde, partilhar exemplos de boas práticas de intervenção e fornecer evidências do que funciona e os seus contextos.

Num diagnóstico de base estatística, os dados do European Health Literacy Survey (HLS-EU) realizado em 2011 com oito países: Áustria, Alemanha, Bulgária, Espanha, Grécia, Irlanda, Holanda e Polónia (Sørensen e outros, 2012) mostram que cerca de 50% das pessoas na Europa têm níveis baixos de literacia em saúde. Também em Portugal, através da aplicação do HLS (Espanha e outros, 2016; Pedro e outros, 2016; Saboga-Nunes, 2014), concluiu-se que cerca de 50% da população inquirida apresentava um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado, situando-se a média europeia em 49,2% (Espanha e outros, 2016; Saboga-Nunes, 2014). Já antes, entre 1994 e 1998, os resultados do Estudo Internacional de Literacia em Saúde (IALS), numa primeira comparação internacional de competências de literacia em adultos, avaliados 75 mil indivíduos em 22 nações, apontaram para o facto de 42% dos canadianos, 47% dos americanos e 52% do Reino Unido terem um nível de competências de literacia em prosa abaixo do nível 3 (Hironaka & Paasche-Orlow, 2008, p. 428).

Num estudo de Williams e outros (1995) e, mais tarde, num de Paasche-Orlow (2007, p. s22), avaliou-se que a baixa literacia em saúde surge como uma incapacidade oculta e silenciosa, em que os pacientes de grupos de minorias e idosos se sentem embaraçados, envergonhados e desadequados perante os profissionais de saúde, sendo o motivo que os inibe de colocar questões. Os pacientes, no estudo de Williams e outros (1995), não conseguiram ler nem entender instruções médicas básicas escritas, como por exemplo, tomar um medicamento com o estomago vazio, entender informações sobre a marcação de uma próxima consulta, ou entender um documento padrão de consentimento informado (p. 1682).

A propósito do entendimento negativo da doença, associado a uma baixa literacia em saúde, Chew, Bradley e Boyko (2004) conduziram, entre 2000 e 2001, um estudo em que aplicaram o teste resumido do THOFLA, o STHOFLA (teste de literacia em saúde) a 332 pacientes nos EUA, em Seattle, numa clínica que os prepara para cirurgia

ambulatória (p. 589), evidenciando 4,5% com literacia em saúde inadequada e 7,5% com literacia em saúde marginal (12% no total).

Os indicadores da literacia em saúde problemática ou inadequada, dos cidadãos (HLS-EU, 2011) basearam-se nas categorias: status social (muito baixo), autoperceção de saúde (má ou muito má), educação (0 ou 1), capacidade para pagar medicação (grande dificuldade), capacidade de pagar médico (razoavelmente difícil ou difícil), limitação de atividades devido a problemas de saúde (severamente difícil), pagamento de renda de casa (menor de 800€), dificuldade em pagar medicação (bastante difícil), dificuldade em pagar contas (a maior parte do tempo), doença de longa duração (sim, mais de 1), idade (mais de 76 anos) (Kickbusch e outros, 2013, p. 17).

Numa visão individual e sistémica sobre a literacia em saúde atende-se, não apenas ao indivíduo, como aos seus outros níveis de influência (McLeroy e outros, 1988), como os pares, a família, as organizações e a comunidade.

O U.S. Office of Disease Prevention and Health Promotion (2010) sublinha que os profissionais de saúde são os que mais podem contribuir para melhorar a literacia em saúde do paciente, confirmado por Doyle, Cafferkey & Fullam (2012, p. 11). Destaca que “a responsabilidade é nossa, como profissionais de saúde”, porque “sem comunicação clara, não podemos esperar que as pessoas adotem comportamentos saudáveis e as recomendações que defendemos” (p. iii). É sobretudo, quando as pessoas recebem informações com maior precisão e fáceis de usar sobre um problema de saúde, que “ficam mais aptas a tomar medidas para proteger e promover a sua saúde e bem-estar” (U.S. Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010, p. iii).

Em 2005, mais de 240 milhões de encontros de saúde (consultas) foram perdidos pela não adesão dos pacientes (Cherry, Woodwell & Rechtsteiner, 2007), o que significa que um em quatro falha na adesão ao tratamento (Martin & DiMatteo, 2014, p. 2). Baseados no “modelo da estratégia informação-motivação”, DiMatteo e Nicola (1982) mostram que existem elementos-chave associados à compreensão, confiança, motivação e eficácia que fundamentam a não adesão. As razões da não adesão prendem-se com os pacientes que: 1) não compreendem o que é pretendido, porque a comunicação do seu profissional de saúde é pobre e podem não ter confiança nele (Martin & DiMatteo, 2014, p. 15); 2) não estão motivados a fazer ou a seguir o

tratamento precisando, por isso, de apoio emocional 3) podem não acreditar na sua eficácia assumindo, em conformidade, uma atitude negativa; 4) não adotam uma estratégia operacional e prática para seguir as recomendações (Martin & DiMatteo, 2014, p. 13).

Considerando que existe um conjunto de variáveis individuais e sistémicas afetadas pela baixa literacia em saúde, assim como os seus efeitos, apresentamos uma lista não exaustiva no quadro 5.

Quadro 5. Influência da literacia em saúde na gestão da saúde

VARIÁVEIS INDIVIDUAIS QUE AFETAM A LITERACIA EM SAÚDE	EFEITOS DA BAIXA LITERACIA EM SAÚDE (dificuldades em:)
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de comunicar claramente • Língua • Saúde mental • Ansiedade ou outro tipo de perturbação psicológica • Competências cognitivas • Experiências passadas • Baixas competências de comunicação • Baixos níveis de escolaridade • Doenças prolongadas • Rendimentos até 500€ • Uma autoperceção de saúde <i>má</i> • Crenças e constrangimentos • Desemprego de longa duração • Frequência, no último ano, de seis ou mais vezes de recurso aos cuidados de saúde primários • Indivíduos com 66 ou mais anos • Migrantes • Sentimento de vergonha em colocar questões (<i>question asking</i>) • Status socioeconómico e cultural 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceder, compreender e usar informação sobre saúde • Compreender a sinalética de um posto de saúde ou hospital • Compreender conceitos matemáticos, como probabilidade e risco (numeracia) • Compreender e avaliar riscos e tomar decisões • Compreensão no preenchimento de formulários • Conhecimento de tópicos da saúde (e.g. corpo e comportamentos saudáveis) • Eficácia no autocuidado • Gestão de doenças crónicas • Interação durante a consulta • Lembrar-se de instruções em saúde • Ler um rótulo ou bula • Cuidados de prevenção • Navegar nos sistemas de saúde • Partilhar informações pessoais, como o seu histórico de saúde • Saber localizar prestadores de serviços • Sintetizar e analisar várias informações sobre saúde • Tomar decisões acertadas em saúde
VARIÁVEIS SISTÉMICAS QUE AFETAM A LITERACIA EM SAÚDE	
<ul style="list-style-type: none"> • Acessibilidades • Ambiente social • Campanhas de <i>media</i> • Defesa e proteção das minorias • Disseminação de doenças (e.g. coronavírus – Covid-19) • Educação e cidadania • Exigências do contexto social, económico, político e cultural 	

- Funcionamento do sistema de saúde
- Informação em saúde disponível nos ambientes em que o paciente se encontra
- Intervenção das autoridades sanitárias
- Políticas sociais (e.g. apoio domiciliário, rendimentos sociais)
- Riqueza de um país
- Situação económica e política de um país
- Taxas de hospitalização

Fonte: Baseado em Baker e outros, 2002; Baker, Parker e Williams, 1996; Doyle e outros, 2012; Espanha e outros, 2016; Katz, Jacobson, Veledar e Kripalani, 2007; Kickbush e outros, 2013; Paasche-Orlow, 2007; Sanders e outros, 200; Schillinger e outros, 2005; Somers e Mahadevan, 2010; Sørensen & Brand, 2013; Street, 1991; Todd, 1989; Ratzan, 1994; U.S. Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010.

Sørensen e outros (2012), apoiando-se na taxonomia de Bloom (1956), consideram um conjunto de elementos do processo cognitivo, necessários para que um paciente possa tomar decisões adequadas em saúde, nomeadamente: conhecimento, compreensão, análise, síntese, avaliação e aplicação, sendo o objetivo final que o paciente utilize um circuito cognitivo, através de um conjunto específico de passos (quadro 6).

Quadro 6. Dimensões da literacia em saúde

DOMÍNIOS DA SAÚDE	DIMENSÕES DA LITERACIA EM SAÚDE				
	ACESSO	COMPREENSÃO	INTERPRETAÇÃO	AValiação	APlicação
CUIDADOS DE SAÚDE	Capacidade de aceder a informação sobre assuntos médicos ou clínicos	Capacidade de compreender informação em saúde e tirar sentido, com ideias e palavras próprias, e usá-la em situações ou problemas concretos	Capacidade de interpretar e avaliar a informação médica	Usar informação relevante para a saúde	
PREVENÇÃO DA DOENÇA	Capacidade de aceder a informação sobre fatores de risco	Capacidade de compreender informação sobre fatores de risco	Capacidade de interpretar e avaliar a informação sobre fatores de risco	Capacidade de julgar a relevância dos fatores de risco	
PROMOÇÃO DA SAÚDE	Capacidade de atualizar-se sobre assuntos de saúde	Capacidade de compreender informação relacionada com a saúde e extrair sentido	Capacidade de interpretar e avaliar a informação relacionada com aspetos de saúde	Capacidade de formar juízos de opinião sobre temas de saúde	

Fonte: Baseado em Ajzen, 1991; Bloom, 1956; Espanha e outros, 2016; Fishbein e Azjen, 1975; Kickbusch, 2008; Kickbusch e Maag, 2008; Riika e Kontula, 1999; Skinner, 1957; Sørensen e outros, 2012; Tench e outros, 2013.

Choudry e outros (2019), numa revisão sistemática da literatura sobre baixa literacia em saúde, baseada em quatro bases de dados (Medline, Embase, Cinahl e Eric), aplicaram o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Media Analysis (PRISMA) e identificaram 9696 registos que revelaram que baixos níveis de literacia em saúde afetam os comportamentos neste campo, a utilização de serviços de saúde e a navegação no sistema (p. 1). Os autores, abordam o conceito de literacia em saúde como um componente essencial das várias literacias no campo da saúde e educação, como a cultural, a tecnológica, de *media* e científica (2019, p. 1).

No primeiro estudo nacional de *literacia*, com metodologia de avaliação direta às competências de leitura, escrita e cálculo na população adulta (Benavente, Rosa, Costa & Ávila, 1996, p. XI), os autores definiram literacia como a “capacidade de usar as competências (ensinadas e aprendidas) de leitura, de escrita e de cálculo e de processamento de informação escrita na vida quotidiana” (p. 4). Benavente e outros (1996) vão além da categorização dicotómica de *analfabeto* e *alfabetizado*, integrando a pessoa “num *continuum* de competências que tem a ver com as exigências sociais, profissionais e pessoais que cada um tem no seu dia-a-dia” (p. 204). Neste estudo, os médicos são unânimes em afirmar que os idosos não cumprem as orientações médicas e que “a ausência de competências de leitura e escrita conduz, muitas vezes, a erros na dosagem dos medicamentos”, considerando que estão relacionadas com questões da escolaridade, conhecimento, idade e isolamento (Benavente e outros, 1996, p. 204). Quase duas décadas depois, Sørensen e outros (2012) aferem que uma baixa literacia em saúde gera efeitos adversos nos cuidados de saúde tais como maior número de internamentos, uso mais assíduo de serviços de urgência e menor prevalência de atitudes preventiva, tanto individuais como familiares.

Katz e outros (2007) examinaram o efeito da literacia em saúde no número e tipos de perguntas dos pacientes nas consultas de cuidados de saúde primários. Em 2004, numa amostra de conveniência de 57 pacientes, com média de idade de 56,7 anos e baixa literacia em saúde, cujas consultas foram gravadas em áudio e codificados os conteúdos, usando uma adaptação do Roter Interaction Analysis System-RIAS – que é um “método” para codificação do diálogo médico (Roter & Larson, 2002), conclui-se que

o nível de literacia em saúde é um determinante da participação dos pacientes no encontro médico. Os pacientes com baixa literacia em saúde fazem menos perguntas sobre questões de assistência médica e tendem a fazer menos perguntas no geral, sendo mais propensos a pedir ao médico para repetir alguma. O comportamento de colocar perguntas (*question asking*) não esteve significativamente relacionado com o género, idade e escolaridade do paciente ou com a concordância médico- paciente (Katz e outros, 2007).

Pela evidência da literatura, as pessoas consideradas como tendo uma menor literacia em saúde (Espanha e outros, 2016; Street, 1991; Sørensen e outros, 2012; Todd, 1989; West, 1984) estão, à partida, duplamente indefesos: 1) como verbalizam menos, os profissionais também lhes explicam menos; 2) como sentem mais embaraço, também não estimulam a comunicação nos profissionais, dado que estes são claramente mais dominantes, iniciando mais os tópicos (Todd, 1989), falando com maior duração (Street, 1988) e interrompendo mais o paciente (West, 1984).

1.5.2. Da inatividade latente à participação do paciente

Aplicando a abordagem dos públicos ao contexto da relação terapêutica, pode-se dizer que, tendo em vista envolver os pacientes no sistema de saúde, estimular os que estão num nível mais latente, passivo ou inativo (Grunig, 1997; Hunt & Grunig, 1994; Kim & Grunig, 2011) a tornarem-se mais ativos (Hallahan, 2000; Repper & Grunig, 1992), com a finalidade de melhorar a sua compreensão e adesão em saúde (VandenBos, 2007) e os próprios cuidados (Sørensen e outros, 2012), devem ser trabalhados os ingredientes certos, através de mais conhecimento, envolvimento, participação e dinâmica comunicativa de pesquisa, seleção e transmissão de informação (Kim & Grunig, 2011).

Esta inatividade das pessoas com baixa literacia na tomada de decisões em saúde pode prender-se com diversos fatores, associados à credibilidade, limitações e confiança, nomeadamente: 1) elevados níveis médios de confiança na informação prestada pelos profissionais de saúde (Espanha e outros, 2016, p. 14), pelo que essa delegação nas competências e perícia do profissional pode ser uma questão de reconhecimento da eficácia e credibilidade da fonte (O’Keefe & Medway, 1997); 2)

limitações cognitivas do paciente (Weimann, 1977); e 3) excesso de confiança do profissional (Ha e outros, 2010).

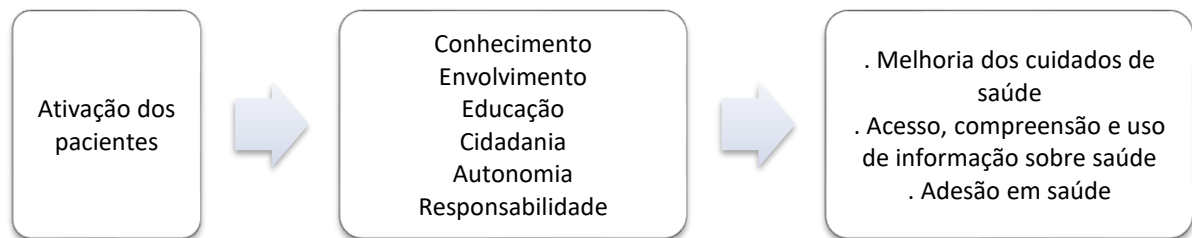
Muitos dos resultados em saúde associam-se às competências limitadas de literacia neste campo (acesso, compreensão e uso da informação) dos pacientes (Kickbusch e outros, 2013, p. 26). No entanto, não se pode julgar a literacia sem examinar ambos os lados da equação – como o leitor e o livro, o ouvinte e o orador –: as competências da pessoa que usa a ferramenta e a qualidade da ferramenta (Kickbusch e outros, 2013, p. 26).

Para agir sobre a sua saúde e sobre a saúde de outros (e.g. pais/filhos), os indivíduos podem ser motivados, através da experiência interpessoal de saúde, informação veiculada pelos *mass media*, opinião de amigos ou atividade de grupos de pressão, partidos políticos ou grupos ativistas (e.g. Vaz de Almeida & Sebastião, 2018). O estímulo também deve provir da comunicação na consulta e da participação na interação com o profissional de saúde (Serapioni, Ferreira & Antunes, 2014). Esta interação potencia um momento único de fundação das bases do comportamento em saúde, no qual os profissionais podem ser classificados, por analogia, num perfil de público ativo, motores da “ativação” do paciente (Hibbard & Gilbert, 2014, p. 7; Grunig & Hunt, 1984). Esta “ativação” é um conceito comportamental, descrito como “o conhecimento, habilidade e confiança de um indivíduo para gerir e cuidar da sua saúde” (Harrington, Noble, & Newman, 2004; Hibbard & Gilbert, 2014, p. 7; Katz e outros, 2007, p. 782) na medida em que os pacientes ativos compreendem o seu papel no processo do cuidar e sentem-se capazes de o cumprir (p. 7).

Na díade profissional de saúde-paciente (Rawlins, 2007, p. 3), o entendimento e a compreensão do outro exigem o uso de um conjunto de comportamentos e de competências comunicativas específicas (Dance, 1970; Hulsman, 2009), como por exemplo a linguagem clara (Kripalani & Weiss, 2006; Pina, 2003; Williams e outros, 2002), a colocação de questões, a expressão de preocupações e interações assertivas (Street & Millay, 2001, p. 62). O perfil de um paciente ativo (Street & Millay, 2001) é definido como aquele que, de forma participativa e ativa, manifesta a sua opinião sobre saúde, expressa preferências para o tratamento, faz sugestões ou recomendações, introduz novos tópicos no discurso ou discorda do profissional de saúde (Street & Millay,

2001, p. 64), considerando-se, assim, empoderado e promotor da sua saúde (Street e outros, 2009) – figura 6.

Figura 6. Áreas de ativação dos pacientes



Fonte: Baseado em Despacho 3618-A, 2016; Sørensen e outros, 2012.

No que se refere ao suporte legal/normativo, o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados (Despacho 3618-A/2016) destaca a importância do Estado para “contribuir para a melhoria da educação para a saúde, literacia e autocuidados da população, promovendo a cidadania em saúde, tornando as pessoas mais autónomas e responsáveis em relação à sua saúde, à saúde dos que delas dependem e à da sua comunidade” (p. 8660) e, por isso, mais ativas e participativas.

CAPÍTULO 2. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

2.1. Discutindo o conceito

A comunicação em saúde (*health communication*) pode ser entendida como o estudo, a criação, o uso e a disseminação de estratégias que visam apoiar, informar, influenciar e motivar os indivíduos e a comunidade sobre as questões de saúde, levando-os a tomar decisões que melhorem a sua saúde (Pink Book, 2004; Ratzan e outros, 1994, p. 362; Teixeira, 1999, p. 615; U.S. Dep. Of Health and Human Services, 2000).

Numa enunciação mais simples e lata, Rogers (1996) define-a como “qualquer tipo de comunicação humana cujo conteúdo esteja relacionado com a saúde” (p. 15). A comunicação em saúde abrange as interações entre os seus vários atores, designadamente os profissionais de saúde e os pacientes, produzindo resultados em saúde (Viswanath, 2008), sendo, por isso e numa perspetiva axiológica (valor), “fundacional para o êxito das práticas em saúde no século XXI” (Benson, 2014, p. S55) e uma “fonte crítica necessária” (Freimuth, Stein & Kean, 1989). É nesta aceção que é empregue nesta investigação. Numa tradução de *health communication* para a língua portuguesa, Eiró-Gomes e Atouguia (2012) discutem a diferença entre comunicação *na* saúde e *para a* saúde. No primeiro caso, refere-se à comunicação que ocorre em contextos de saúde em que o principal foco se centra na relação entre o paciente e o prestador de saúde (p. 106) – indo ao encontro da versão que se perfilha na presente tese. A comunicação na saúde opera, assim, em contextos de saúde/doença (*healthcare contexts*). No segundo caso, visa provocar uma mudança, seja para promover um comportamento saudável ou para alterar um comportamento não saudável (Eiró-Gomes & Atouguia, 2012, p. 106).

Numa perspetiva ontológica, é apresentada pelo Healthy People (2010) como uma arte e um guia das estratégias de comunicação e pelo *Pink Book* (2004) como uma ferramenta. A comunicação pode, ontologicamente, ser assumida como “um fator terapêutico” (Włoszczak-Szubzda & Jarosz, 2015, p. 37) e os esforços de intervenção para mudar comportamentos são, por natureza, atos comunicativos (Rimal & La Lapinski, 2009), em que a conversa é o ingrediente principal e o instrumento

fundamental que molda a relação entre o profissional e o paciente para os objetivos terapêuticos (Ong e outros, 1995). Mas a informação, por si mesma, não é suficiente para os efeitos que se pretende em saúde, nem basta ser comunicada, uma vez que “é também necessário que esta seja apreendida e utilizada na melhoria e manutenção de uma situação favorável ao recetor” (Vaz de Almeida & Sebastião, 2018, p. 26).

A comunicação em saúde tem um carácter abrangente, centralizador e estratégico: a) abrangente quanto às várias áreas e contextos; b) centralizador, na relação que os profissionais de saúde estabelecem com os pacientes no quadro da prestação dos cuidados de saúde; e c) estratégico, por se relacionar com a satisfação dos pacientes (Teixeira 1999, p. 616), podendo influenciar significativamente a avaliação destes sobre a qualidade dos cuidados de saúde, a adaptação psicológica à doença e os comportamentos de adesão medicamentosa (Teixeira 1999, p. 616).

Numa perspetiva em cascata (*top-down*) e numa abordagem funcionalista, a OMS (1998, 2009) refere que a comunicação em saúde tem como função informar o público sobre preocupações com a saúde e manter assuntos ligados a esta temática na agenda pública. Lalonde (1981), incidindo sobre o indivíduo, refere que comunicar em saúde permite informar, apoiar e influenciar o paciente. É ao nível interpessoal que se estabelecem relações com significado entre os indivíduos que procuram cuidados e aqueles que os providenciam (Kreps, 1988, p. 344), permitindo assumir premissas, como *saudável graças à comunicação* (Belim & Vaz de Almeida, 2018b). Ong e outros (1995) defendem três objetivos/funções da comunicação em saúde na relação profissional-paciente: 1) criar uma relação interpessoal positiva; 2) trocar informação envolvendo as pessoas em escolhas saudáveis (Parvanta & Bass, 2020, p. 26) e 3) tomar decisões relacionadas com o tratamento (Ong e outros, 1995, p. 904; Sørensen e outros, 2012).

Viswanath (2006, p. 221) enuncia as quatro funções (informativa, instrumental, de controlo social e comunitária) que caracterizam a comunicação em saúde: 1) informativa, estabelecida através da relação terapêutica, alimentada pela informação dada pelo profissional de saúde, e através da aprendizagem por via dos *media*, incluindo as campanhas de saúde (IOM, 2004); 2) instrumental, através da disseminação de informações úteis que visam ações práticas, como as prescrições médicas, o esclarecimento de dúvidas junto dos profissionais, a informação sobre horários de

vacinação, ou formação para desenvolver comportamentos de saúde adequados; 3) controlo social, apoiada na criação de legislação e regulamentação e outras normas sociais, contribuindo para o reforço de crenças, permissões ou proibições do que é considerado aceite em saúde (e.g. campanhas para alterar crenças sobre o consumo de álcool ou tabaco) (Pierce & Gilpin, 2003; Wechsler, Levine, Idelson, Rohman & Taylor, 2003); e 4) comunitária, através de apoio social e emocional ao paciente durante o tratamento e criação de uma rede de ligações e normas de reciprocidade (Viswanath, 2006, p. 221).

Na disseminação aos vários públicos as mensagens, da *health communication*, têm a função de: promover a saúde (Ong e outros, 1995), educar para a saúde (Viswanath, 2006), evitar riscos e ajudar a lidar com ameaças para a saúde (Parvanta & Bass, 2020), prevenir doenças, sugerir e recomendar mudanças de comportamento (Hargie, 2011), recomendar exames de rastreio, exames médicos, receitar medicamentos (Teixeira, 2004), informar sobre a saúde e sobre as doenças (Bittner, Jonietz, Beickert & Harendza, 2015; Silverman e outros, 2013), recomendar medidas preventivas e atividades de autocuidado (Benson, 2014; Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, 2016; Viswanath, 2006).

No desempenho funcional dos profissionais, que se prende com o contacto, acompanhamento, avaliação, orientações e decisões na relação com o paciente, nas várias fases do seu ciclo de vida (Sørensen e outros, 2012), a comunicação, assumindo um valor (dimensão axiológica), é a “chave de ouro” para a relação terapêutica, e uma variável-chave para a qualidade da saúde (Ruão, 2013, p. 18). Neste processo, o profissional, num exercício pragmático, desenvolve um conjunto de ações, como ouvir os outros; estar atento à comunicação não verbal; entender e corrigir, se necessário, as crenças e constrangimentos; mostrar afetividade; investir em autoconhecimento (Pendleton, Schofield, Tate & Havelock, 2003; Hulsman, 2009).

Para além das funções, os processos nos quais decorre a comunicação são, segundo Spitzberg (2013), equifinais e multifinais (p. 128). Equifinalidade significa que existem muitos caminhos para atingir o mesmo fim ou resultado, e a multifinalidade traduz-se na ideia de que qualquer caminho pode levar a vários resultados (Spitzberg,

2013, p. 128). Por exemplo, apelar ao medo pode funcionar com um paciente na adesão terapêutica, mas não funcionar com outro (Spitzberg, 2013, p. 128).

A comunicação é “a pedra angular de toda a relação entre paciente e profissional” (Ross & Devereil, 2004, p. 56) e, sendo interpessoal, ocorre numa díade (Watzlawick e outros, 1967, p. 47; Wiemann, 1977). Pretende-se que a comunicação seja recíproca e que implique confiança e compromisso entre as partes (Bruning & Ledingham, 1998; Street e outros, 2009).

A dimensão teórica – e, por se referir ao conhecimento, também epistemológica – da comunicação em saúde pode ser caracterizada em três níveis (Viswanath, 2008, p. 2075): 1) individual, que inclui o estudo dos efeitos da comunicação sobre as cognições e comportamentos em saúde, e a influência das interações interpessoais entre pacientes, familiares e prestadores de serviços e respetivas redes sociais nos resultados de saúde; 2) organizacional, considerando a comunicação pública dos sistemas de saúde e dos *media* e respetivas influências na saúde dos indivíduos; e 3) societal, com foco nas mudanças sociais de grande escala e no papel da comunicação nessas mudanças. Esta investigação foca-se no nível interpessoal, isto é, na relação entre indivíduos no contexto da saúde, especificamente entre o profissional, médico ou enfermeiro, e o paciente, visando uma comunicação mais clara e compreensível (Bittner e outros, 2015; McCaffrey e outros, 2011, p. 125), com contributos meso, concretamente para a melhoria da comunicação dos profissionais de saúde com o paciente, no domínio terapêutico.

Nos níveis intrapessoal, interpessoal, grupal, organizacional e societal, em múltiplos canais (e.g. face a face, *media* tradicionais, *social media*, escritos, gráficos) e contextos (casa, escola, consulta, hospitais), esta “amplitude da comunicação em saúde” (Parvanta & Bass, 2020, p. 28) liga a informação que existe sobre problemas às suas potenciais soluções (Kim & Grunig, 2011; Parvanta & Bass, 2020, p. 28). Isto significa que a comunicação em saúde é, numa dimensão ontológica, um complexo sistema de resolução de problemas e tarefas, com vários determinantes (e.g. conhecimentos, atitudes, normas sociais, autoeficácia e stressores) que afetam, tanto os processos cognitivos de avaliação dos objetivos, como a formação das respostas (Hulsman, 2009, p. 302).

Numa discussão sobre o conhecimento que envolva a comunicação em saúde e, assim, numa dimensão epistemológica, as teorias da comunicação em saúde são usadas para entender, explicar e prever crenças, atitudes, intenções e comportamentos de indivíduos, grupos e públicos de massa (Cameron, 2009, p. 309), permitindo que os profissionais entendam melhor as suas interações com os pacientes e o comportamento destes (p. 309). No contexto da comunicação são, por isso, determinantes o conhecimento interpessoal e socio emocional do profissional de saúde (Hulsman, 2009, p. 305) e as variáveis do paciente, como o género, a idade, o nível de educação, a etnia ou a familiaridade com os cuidados de saúde (Sørensen e outros, 2012).

Pode-se referir entre os efeitos da comunicação a mitigação das disparidades em saúde (Ramanadhan, Mendez, Rao & Viswanath, 2013) e o contributo para uma melhor saúde (Ishikawa & Kiuchi, 2010; Ratzan, 1994; Street, 2007). A saúde fortalece-se através de um processo de comunicação “feito à medida” (DGS, 2019b, p. 28), promotor da capacitação da pessoa e da tomada de decisões, ajustadas à sua saúde, dos seus dependentes e da saúde pública (p. 28).

A “explosão de informações” (Viswanath, 2006, p. 217) em saúde apresenta dois desafios fundamentais (Viswanath, 2006). Por um lado, a clareza dos conteúdos que implica traduzir informações científicas num formato e linguagem entendível para os diferentes públicos e, por outro – “se não o mais importante desafio” (Viswanath, 2006, p. 217) –, a sua disponibilidade, garantindo que as informações estão disponíveis para todos aqueles que precisam delas” (p. 217), isto é, o acesso.

Para Thomson, Mitchell e Williams (2006, p. 54) e Viswanath (2006), o grande desafio na disseminação de informações ao público, que varia com a raça, etnia, cultura e outras características do grupo assume três áreas problemáticas: 1) acesso (disponibilização de informações), 2) processamento (atenção dada ao fluxo) e 3) uso da informação (capacidade de os indivíduos para usar a informação). O acesso, processamento e uso na comunicação de informação sobre saúde podem contribuir para reduzir as inequidades no estado de saúde (Thomson, Mitchell & Williams, 2006, p. 54; Viswanath, 2006).

Como a comunicação em saúde tem relevância para os aspetos da saúde e bem-estar, na prevenção de doenças, promoção da saúde e qualidade de vida, a OMS (Rimal

& Lapinski, 2009) adverte a pluralidade de atores, como governos, autarquias, sectores da saúde, social e económico, organizações não governamentais, voluntariado, empresas, *media*, comunidades, famílias e indivíduos, sobre a necessidade de investimento na educação em saúde, desenvolvendo formas de comunicar a informação neste domínio.

Para facilitar o papel do profissional de saúde, a sua comunicação, numa lógica normativa, deveria ser guiada por uma orientação prévia, que lhe amplie as competências. Hulsman (2009) destaca, por isso, a necessidade da preparação prévia dos profissionais de saúde através de guiões cognitivos (linhas orientadoras), que facilitem a seleção de escolhas e respostas (p. 305).

Numa discussão simultaneamente funcionalista e axiológica, a comunicação em saúde contribui para promover a saúde individual (Teixeira, 1999, p. 615), numa rede de apoio e suporte que cria atitudes positivas (Parvanta & Bass, 2020, p. 28). A comunicação em saúde influencia e melhora: 1) os resultados da atividade dos profissionais de saúde, promovendo decisões médicas de maior qualidade (Street e outros, 2009) com ganhos na redução da morbilidade (Teixeira, 1999; Street e outros, 2009); 2) o bem-estar psicológico (WHO, 2019); 3) a qualidade de vida dos pacientes (Teixeira 1999, p. 616); 4) o acesso aos cuidados (Street e outros, 2009; Sørensen e outros, 2012); 5) o conhecimento do paciente e a partilha sobre a sua situação; 6) a aliança terapêutica; 7) o apoio social; 8) o empoderamento do paciente e 9) a melhor gestão das emoções (Street e outros, 2009, p. 295). Há um grande nível de exigência na saúde (Jackson, 1992) de competência linguística, de comunicar efetivamente e disponibilizar informação entendível (Goode, Dunne & Bronheim, 2006, p. 1), sendo uma estratégia essencial para mitigar disparidades e elevar o acesso em saúde (Goode e outros, p. 1; Street e outros, 2009, p. 295). O quadro 7 comporta as dimensões da comunicação em saúde.

Quadro 7. Dimensões da comunicação em saúde

DIMENSÕES	JUSTIFICAÇÃO	AUTORES
Física (natureza)	Exprime-se através da linguagem verbal apoiada em palavras e linguagem não verbal que utiliza os gestos, a postura, o tom de voz, a proximidade, entre outros elementos da paralinguagem	DiMatteo e outros, 2013; Martin e DiMatteo, 2014
	Apoia-se em vários canais: face a face, <i>media</i> tradicionais, <i>social media</i> , escrito, gráfico	Parvanta e Bass, 2020
	Ocorre numa díade recíproca	Wiemann, 1977; Street e outros, 2009
	Processo bidirecional, através do uso de competências clínicas e de comunicação	Greenhalgh e Heath, 2010; Pendleton e outros, 2003; Rawlins, 2007
	Natureza responsiva e transacional	Rimal e Lapinsky, 2009, p. 247 (OMS)
Ontológica (ser)	Arte e guia das estratégias de comunicação	Healthy People, 2010
	Um fator terapêutico	Włoszczak-Szubzda e Jarosz, 2015, p. 37
	Um complexo sistema de resolução de problemas e tarefas, com vários determinantes	Hulsman, 2009, p. 302
	Implica confiança e compromisso	Bruning e Ledingham, 1998
Axiológica (valor)	Pedra angular da relação entre paciente e profissional	Ross e Deverell, 2004
	Melhora a saúde pessoal e pública	National Cancer Institute (NCI), 1989
	Melhora o nível de consciência dos riscos e das soluções	Parvanta e Bass 2020
Epistemológica (conhecimento)	Influencia os pacientes e os resultados da atividade dos profissionais de saúde	Teixeira 1999; Viswanath, 2006
	“Chave de ouro” para a relação terapêutica e uma variável-chave para a qualidade da saúde	Ruão, 2013
	Envolvendo o conhecimento, convoca uma dimensão teórica da comunicação em saúde, que pode ser caracterizada no nível individual, organizacional e societal	Viswanath, 2008, p. 2075
	As teorias da comunicação em saúde são usadas para entender, explicar e prever crenças, atitudes, intenções e comportamentos de indivíduos, grupos e públicos de massa, permitindo que os profissionais entendam melhor as suas interações com os pacientes e o comportamento destes	Cameron, 2009
	Abrange o estudo de estratégias de comunicação para informar e influenciar as decisões individuais e comunitárias que melhoram a saúde	National Cancer Institute (NCI), 1989; U.S. Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010
Funcionalista (função)	Quatro funções: informativa, instrumental, de controlo social e comunitária	Viswanath, 2006, p. 221
	Funções da comunicação em saúde na relação profissional-paciente: 1) criar uma relação interpessoal positiva; 2) trocar informação envolvendo as pessoas em escolhas saudáveis (Parvanta & Bass, 2020, p. 26) e 3) tomar decisões relacionadas com o tratamento	Ong e outros, 1995, p. 904; Parvanta e Bass, 2020; Sørensen e outros, 2012

Fonte: Elaboração própria.

Ong e outros (1995) referem oito aspetos em que a comunicação em saúde pode contribuir para a prevenção da doença e promoção da saúde: 1) na relação profissional-paciente; 2) na exposição dos indivíduos à pesquisa (aquisição planeada – Grunig, 1989), ao processamento (descoberta não planeada – Grunig, 1989) e uso de informação em saúde; 3) na adesão dos indivíduos às recomendações e regimes (a adesão entendida como o desejo ou capacidade de seguir um regime de tratamento e, em particular, a medicação – VandenBos, 2007); 4) na construção de mensagens e campanhas de saúde pública; 5) na disseminação de informação sobre riscos em saúde, individuais e populacionais; 6) no aumento das imagens de saúde nos *mass media* e na cultura em geral; 7) na educação de consumidores para o acesso à saúde pública e cuidados; e 8) no desenvolvimento de aplicações de telesaúde (Maibach & Parrott, 1995; Northouse & Northouse, 1998).

2.2. Comunicação interpessoal em saúde

A comunicação interpessoal é um processo de influências relacionais (Kreps, 2001, p. 231) essencial, inevitável, irreversível, simbólico, instrumental, transacional (Corcoran, 2007, p. 6) de fornecimento diádico de educação em saúde, interação terapêutica e troca de informações relevantes (Kreps, 2001, p. 231, Webb, 1975), que “define, redefine” (Kreps, 2001, p. 599) e “estabelece” (Littlejohn, 1982, p. 206) as relações interpessoais (Littlejohn, 1982), numa “conexão entre a cura e as relações humanas” (Dyche, 2007, p. 1035), com “significado partilhado” (Gałajda, 2017, p. 2) e que pressupõe a completa compreensão pelo recetor (Corcoran, 2007, p. 6). Este tipo de comunicação ocorre no contexto da interação face a face (Littlejohn 1982, p. 2015), dividindo-se em “conteúdo” – mensagem, palavras e informações transmitidas – e “relacionamento” – dinâmica entre os envolvidos na transação de comunicação – em que na comunicação em saúde o remetente principal é o profissional de saúde e o destinatário é o paciente (Corcoran, 2007, p. 7; Watzlawick e outros, 1967).

Uma ação expressiva por uma ou mais pessoas (Grinker, 1956; Ruesch, 1956, p. 157) inclui perceção desta ação e observação de que essa ação é percebida por outros (p. 157). O processo comunicacional interpessoal é crítico, primário e de

desenvolvimento contínuo (Berlo, 1977; Kreps, 2001; Ruesch, 1956; Vaughn, Keller & Carroll, 1994, p. 132) em duas vias (Corcoran, 2007, p. 6), de codificação e de descodificação constantes (Hall 1980; Schramm, 1955), que envolve emissor e recetor numa interação, através do envio e receção de mensagens verbais e não verbais, das quais os interlocutores extraem significado (Galadja, 2017, p. 2). Os papéis do emissor e do recetor podem confundir-se ou alternar-se: o emissor e o recetor podem tornar-se o tema da mensagem (Jakobson, 2001, p. 21). A comunicação interpessoal é interdependente (Littlejohn, 1982, p. 42; Rolloff & Leifki, 2001, p. 58), consistindo em eventos de comunicação oral e não oral (Littlejohn, 1982, p. 205) e envolvendo uma sequência de mensagens na conversa e uma sequência de conversações na relação (Pearce, 1977, p. 17). Existem componentes 1) biológicos, ligados a padrões de sincronia, adaptação, mimetismo e espelhamento, realizados sem consciência ou volição, com base nas necessidades de conforto, segurança, vínculo, organização e processos universais, e 2) sociais, baseados em normas sociais, integrando fatores culturais e sociais de grupos, nos quais assentam os modelos de comunicação e cognição (Burgoon, Ster & Dillman, 1995, p. 11).

Nesta interação, a díade interpessoal desenvolve um código privado (Cushman & Craig, 1976, p. 44), comum ao emissor e ao recetor e subjacente à troca de mensagens, permitindo a comunicação através dum repertório de “possibilidades preconcebidas” ou “representações pré-fabricadas” (Jakobson, 2001, p. 21) e, por isso, simbólicas (Ruesch & Bateson, 1951). O código baseia-se nos estilos pessoais e experiências individuais (Cushman & Craig, 1976, p. 44) e na capacidade de apresentarem e validarem, entre si, o seu autoconceito. Pode ser influenciado pelas regras da organização (Rolloff & Leifki, 2001, p. 58).

A comunicação interpessoal é orientada por regras e pode ser aprendida (Gałajda, 2017), começando quando os interlocutores se encontram e se conhecem (p. 2). No processo interacional e transacional (Corcoran, 2007, p. 6), os participantes que comunicam são mutuamente responsáveis pelo resultado do encontro, à medida que transmitem informações, criam significados e pretendem obter respostas (Gałajda, 2017, p. 2; Steinberg, 2007, p. 40).

A principal função da comunicação interpessoal é a realização de objetivos pessoais, sendo um dos quais a autoapresentação porque as pessoas tentam constantemente influenciar a maneira como a sua imagem é percebida pelos outros (Katz & Lazarsfeld, 1955), influenciar e reivindicar uma identidade pessoal (Gałajda, 2017, p. 2; Schlenker, 1980), criar laços e manter relações mais próximas (Gałajda, 2017, p. 2).

Para haver uma comunicação interpessoal, segundo os critérios elencados por Littlejohn (1982), devem existir 1) duas ou mais pessoas em proximidade física e que percebam a presença umas das outras; 2) interdependência comunicativa, isto é, o comportamento de uma é consequência do da outra (Littlejohn, 1982, p. 206) com “correspondência” (Mast & Cousin, 2014, p. 42) isto é, congruência e afiliação; 3) troca de mensagens; 4) as mensagens são codificadas de maneira verbal e não verbal e produzem significados diferentes entre a codificação do emissor e a decodificação do recetor (Hall, 1980). Para além destes elementos, Simões (2009) acrescenta o elemento emocional da empatia, que se associa ao elemento intelectual, representado pela comunicação para definir a construção de um relacionamento (p. 197).

Completando-se a reflexão de Littlejohn (1982), dentro do processo de comunicação diádico, estão envolvidos: 1) a transmissão de informação (Grinker, 1956; Ruesch, 1956, p. 160) que, sendo codificada, fica acessível através da fala, escrita ou demonstrações, e diz respeito ao conhecimento das relações (Ruesch, 1956, p. 160); 2) um determinado conteúdo, que sucede quando dois ou mais intérpretes de signos concordam um com o outro quanto ao evento a que a troca de símbolos se refere (p. 161); 3) as mensagens verbais e não verbais (Martin & DiMatteo, 2014), que implicam uma boa identificação dos objetivos relevantes (Hulsman, 2009, p. 305); 4) as instruções, que são frases (explícitas e implícitas) que se referem ao processo de comunicação; e 5) a memória resultante das experiências, que são retidas e codificadas intraorganisticamente e, mais tarde, se tornam acessíveis, os estados emocionais e o conhecimento (Ruesch, 1956, p. 160).

Mechanic e Meyer (2000), através de entrevistas a pacientes, em Nova Jérсия, EUA, observam que a comunicação interpessoal, focada na escuta, é uma das principais

dimensões da construção da confiança do paciente no profissional de saúde, e algumas das competências interpessoais são ensináveis, como ouvir e comunicar claramente.

Também na frequência (repetição) de utilização dos serviços de saúde, os utentes apresentam avaliações mais satisfatórias da comunicação e relações interpessoais (Pereira, Araújo-Soares & McIntyre, 2001, p. 78), salientando-se a importância do contexto ambiental onde a comunicação interpessoal ocorre (National Communication Association, s.d.).

2.2.1. A comunicação verbal e não verbal

Desde o início da sua existência, os seres humanos possuem uma linguagem, que se manifesta como falada e ouvida, no mundo do som (Ong, 2002, p. 7), revelando cada indivíduo uma “sensibilidade verbal e não verbal” (Kreps, 1988, p. 336). As comunicações podem ser verbais (CV), não verbais (CNV) ou ambas (Wyer & Shrum, 2014, p. 3).

Com uma visão integradora das componentes verbais e não verbais da comunicação, DiMatteo e outros (2013) confirmam que a comunicação pode ser verbal, apoiada em palavras, e não verbal, que utiliza os gestos, a postura, o tom de voz, a proximidade, entre outros elementos da paralinguagem (p. 39). Knap, Hall e Horgan (2014) referem mesmo que é “praticamente impossível separar comportamento verbal e não verbal em duas categorias separadas e distintas” (p. 8).

Watzlawick e outros (1967), associando a comunicação verbal (CV) e a comunicação não verbal (CNV), referem a “complexidade” da comunicação (p. 46), na qual a linguagem e os comportamentos se inserem e “lidamos com um complexo, fluído e multifacetado conjunto de comportamentos associados à verbalização, aos tons, posturas e contextos, que no seu conjunto condicionam o significado de todos os outros comportamentos” (p. 46).

Em cada encontro (relação), a pessoa age numa linha padrão de atos verbais e não verbais, através dos quais expressa o seu ponto de vista (Goffman, 1967, p. 5). Com evidência, comunicamos todo o tempo durante o nosso dia-a-dia (Parvanta & Bass, 2020, p. 26) e especificamente a relação profissional-paciente contempla esta

“capacidade de entender o outro na sua linguagem verbal e não verbal” (Braga, 2013, p. 146).

Se atendermos à mensagem, o seu significado literal baseia-se na CV e na CNV (Wyer & Shrum, 2014), mas se a interpretação feita pelo recetor (descodificador) se desvia das suas expetativas, ele pode construir um outro significado, a partir do conhecimento que tem sobre esse tópico e o contexto situacional em que essa comunicação ocorre (Wyer & Shrum, 2014, p. 164). Mesmo quando a CV e a CNV se tornam inconsistentes ou contraditórias, as mensagens não verbais tendem a substituir as mensagens verbais (Silverman e outros, 2013, p. 127). Se forem apenas examinadas as palavras usadas nos encontros em saúde perdem-se dados importantes e críticos na riqueza da troca de comunicação interpessoal (Kreps, 2001, p. 600).

Silverman e outros (2013) e Verderber (1988) diferenciam a CV da CNV. Começam por referir que a CV tem pontos “bem definidos de extremidade claros” (Silverman e outros, 2013, p. 126), isto é, sabemos quando a mensagem acabou. Por sua vez, a CNV é contínua, enquanto os comunicadores estiverem na presença um do outro, mesmo que ambos estejam em silêncio (Watzlawick e outros, 1967).

A CV ocorre num único modo, auditivo (oralidade) ou visual (escrita), enquanto a CNV pode ocorrer de vários modos, ao mesmo tempo. Pode-se enviar e receber todas as pistas não verbais em simultâneo e todos os nossos sentidos recebem os sinais de uma só vez (Silverman e outros, 2013, p. 126). A CV pode ser controlada voluntariamente, enquanto a CNV vai para além da nossa consciência, embora também possa ser controlada deliberadamente (e.g. quando se usa a voz, corpo, cabeça e olhos de forma intencional, para ajudar a coordenar a conversa) (Silverman e outros, 2013, p. 126).

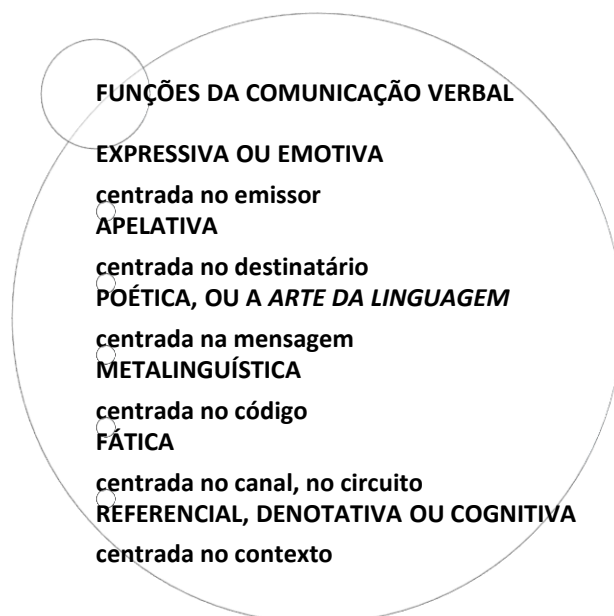
Há um conjunto de autores que dão prevalência a uma e a outra de forma distinta e com pesos diferentes, como Goffman (1967), que se refere a uma linguagem “esmagadoramente oral” (p. 7), ou outros, como Eaves e Leathers (2018), que afirmam que mais de 90% do efeito das mensagens tem uma componente não verbal ou a primazia desta quando há um conflito entre o que é dito e a expressão não verbal (p. 16). Brook e Servátka (2016) consideram as pistas não verbais são “ferramentas poderosas na comunicação” (p. 47), como a expressão facial, a linguagem corporal e

gestos, que contribuem para o significado das mensagens verbais e para sublinhar o tom (p. 47).

Sobre a força da CNV, Jakobson e Halle (1956) referem que “a imagem de um objeto causará a supressão de seu nome: um sinal verbal é suplantado por um sinal pictórico” (p. 66). Argyle, Salter, Nicholson, Williams e Burgess (1970) refere que a CNV e a CV funcionam em simultâneo e que a CV é mais virada para a atenção consciente (p. 230). Silverman e outros (2013) sublinham que a CV é mais eficaz na comunicação de informações e na transmissão de ideias e pensamentos (aspetos cognitivos), enquanto a CNV refere-se mais a conteúdos interpessoais (Argyle e outros, 1970, p. 230), sendo “o canal mais responsável pela comunicação das nossas atitudes, emoções e afetos” (Silverman e outros, 2013, p. 126).

Segundo Parikh, Esposito e Searock (2014), reforçando Jakobson e Halle (1956), a CV tem seis funções: 1) expressiva ou emotiva, centrada no sujeito emissor, numa expressão direta da sua atitude verbalizadora, que não se restringe à informação do tipo cognitivo e que dá a impressão de uma emoção, verdadeira ou fingida; 2) apelativa, orientada para o destinatário, manifestada no vocativo e imperativo; 3) referencial, denotativa ou cognitiva, orientada para o referente, isto é, para o contexto; 4) fática, cujas mensagens visam estabelecer, prolongar ou interromper a comunicação, verificar se o circuito funciona e fixar a atenção do interlocutor; 5) metalinguística, quando o discurso se centra no código, e o emissor e/ou o recetor averiguam se utilizam o mesmo código; e 6) poética, ou a *arte da linguagem*, centrada na mensagem com função importante nas mensagens apelativas - figura 7.

Figura 7. Funções da comunicação verbal



Fonte: Baseado em Jakobson e Halle, 1956; Parikh e outros, 2014.

A informação verbal é construída numa simulação mental, isto é, num modelo situacional, num determinado tempo e espaço (Wyer & Shrum, 2014, p. 4). Como nem todas as expressões verbais têm uma componente de imagem, pode ocorrer um processo assimétrico nas expressões verbais e imagéticas (Wyer & Shrum, 2014, p. 4). Os autores recomendam que, para haver uma maior compreensão por parte do recetor, quando são verbalizadas frases com conteúdos mais complexos, como as matérias de saúde, deverá ser usada uma palavra *âncora*, que foque a atenção do recetor no assunto (Wyer & Shrum, 2014, p. 5). Por exemplo, quando o profissional está a falar de hipertensão, pode usar palavras comuns como *sangue*, *gordura nas veias*, *coração*. As competências de troca verbal “são a chave” para a compreensão e uso da informação em saúde pelo paciente (Harrington & Valerio, 2014, p. 408), geradoras de confiança e promotoras da participação do paciente (Street & Millay, 2001, p. 61).

Quanto à especificidade da CNV, constata-se que esta não tem conteúdo linguístico (Knapp & Hall, 2010), sendo essencial para a interação social humana e, em particular, para a relação em saúde (Knapp & Hall, 2010). A CNV manifesta-se através de sinais físicos estáticos, como traços faciais ou aparência do corpo, do toque (comunicação háptica) ou da distância espacial (comunicação proxémica) (Nešić &

Nešić, 2015). A CNV pode assumir a postura corporal, a orientação interpessoal (atenção e simpatia) (Knapp & Hall, 2010), os movimentos corporais e mímica (Davenport, Goldberg & Millar, 1987), o comportamento ocular, a expressão facial, a presença física e pistas ambientais que também podem influenciar a comunicação, tais como a temperatura no espaço ou a disposição dos móveis (Silverman e outros, 2013, p. 126). A CNV serve diferentes fins, como coordenar o discurso, expressar emoções, assinalar certos estados físicos – a dor, por exemplo (Knapp & Hall, 2010).

Este efeito influenciador e determinante da CNV interagir com a CV é de tal ordem, que pode mesmo complementá-la, substituí-la, repeti-la, regulá-la ou contradizê-la (DiMatteo e outros, 2013, p. 39). As pistas não verbais permitem interpretar o tom emocional e compreender a qualidade da comunicação interpessoal (Kreps, 2001, p. 600), o que facilita a transmissão de mensagens verbais mais precisas e eficientes, fortalecendo, por isso, a mensagem verbal (DiMatteo e outros, 2013, p. 39).

Discutindo a efetividade da CNV, Argyle e outros (1970) sublinham que as pistas não verbais são mais efetivas do que as verbais na comunicação de atitudes interpessoais (p. 230) e Mast e Cousin (2014) afirmam a sua primazia (e.g. movimentos do corpo) sobre a linguagem verbal, sendo mais difícil de esconder do que esta (p. 39). Por exemplo, o profissional de saúde faz uma pergunta e o paciente responde e sorri, inclina-se para a frente usando um tom de voz animado ou, diferentemente, olha para baixo, fala devagar dos seus medos sobre a cirurgia, brinca com os dedos (Silverman e outros, 2013, p. 127). Leathers, em 1979, fez uma experiência em que 100 participantes foram expostos a mensagens em que as expressões faciais dos comunicadores-atores transmitiam um significado contraditório e conflituante com a frase. Um pequeno grupo foi confrontado com a seguinte situação: um dos participantes responde a uma observação feita por outro e, ao responder, coça vigorosamente a cabeça e diz: *sim, ... eu entendo. O que acabou de dizer parece-me completamente claro para mim*. Os gestos de coçar a cabeça e a expressão facial, indicadores não verbais que expressam confusão, não são coerentes com a afirmação verbal. Os participantes, ao analisarem a situação, “invariavelmente consideraram a expressão facial (de coçar a cabeça) como o indicador verdadeiro do sentido da comunicação” (Eaves & Leathers, 2018).

Segundo Silverman e outros (2013), o uso adicional da CNV relaciona-se com uma sincronia não verbal, pois as pessoas tendem a espelhar ou a imitar o comportamento não verbal das outras – mover-se ou falar em sincronia – como um gesto de associação (p. 127). Os profissionais podem usar estes conhecimentos para obter vantagens ao antecipar uma experiência positiva e, depois, modelar as capacidades de escuta atenta (Silverman e outros, 2013, p. 127). Consegue-se usar intencionalmente a CNV para reduzir a incerteza na comunicação verbal. Por exemplo: acompanhar a pergunta: *está feliz com este plano?* com contacto visual, mãos abertas e expressão facial curiosa/sorridente. Se essa mesma frase for acompanhada do fecho do livro de anotações, das mãos a bater na mesa e de um rápido olhar ao paciente, que indica que não quer saber, o resultado será bem diferente (Silverman e outros, 2013, p. 127). Sintetizam-se algumas ideias sobre CNV no quadro 8.

Quadro 8. Formas de expressão da comunicação não verbal

CORPO/ CINESTESIA	Postura corporal: sentado, em pé, ereto, relaxado Expressão facial: sobrancelhas levantadas, olhar fixo, sorrisos, choro Presença física: raça, género, forma do corpo, roupas, aparência Movimentos corporais: gestos com as mãos e os braços, movimentos nervosos, de inquietação, assentimento, não prestar atenção, movimentos de pés e pernas
TATO	Toque: aperto de mão, contato físico durante o exame físico
VISÃO	Comportamento ocular: contato visual, olhar, olhar fixamente, de cima para baixo (superioridade) ou de baixo para cima (vergonha, timidez)
VOZ	Pistas vocais: tom, frequência, volume, ritmo, silêncio, pausa, entonação, erros de fala
AMBIENTE/ CONTEXTO PROXÉMICA	Pistas ambientais: localização, localização dos móveis, iluminação, temperatura, cor Proximidade: uso do espaço, distância física e posicionamento dos comunicadores, orientação interpessoal Uso do tempo/cronemia: adiantado, atrasado, pontual, horas extras, apressado, lento para responder
ESCRITA/DESENHO	Uso de notas – escrever, fazer desenhos, gráficos

Fonte: Baseado em DiMatteo e outros, 2013; McDonald, 2009; Mehrabian, 1972; Silverman e outros, 2013.

Em saúde, as competências de CV e CNV podem “ocorrer em menos de um minuto” e contribuem para a construção de *rapport*, que se traduz no estabelecimento do relacionamento inicial com o paciente e tem uma natureza geral de relacionamento interpessoal (Finset & Mjaaland, 2009, p. 324). Este *rapport* inclui os comportamentos

verbais e não verbais: 1) cumprimentar cordialmente /calorosamente o paciente; 2) fazer contacto ocular; 3) fazer uma interação não biomédica breve (e.g. *hoje joga aquela equipa de que gosta muito...*); e 4) informar-se sobre um evento importante na vida do paciente (e.g. *como está a sua família?*) (Mauksch, Dugdale, Dodson & Epstein, 2008, p. 1389).

Os fatores que influenciam a interpretação de uma comunicação integram, para além do conteúdo semântico da mensagem verbal, os comportamentos não verbais do emissor, as características dos destinatários – a sua necessidade do uso das informações, o conhecimento prévio do conteúdo da comunicação, a sua atitude em relação à posição que está a ser defendida, e a estratégia cognitiva que usa para extrair significado da mensagem – e o contexto situacional (Wyer & Shrum, 2014, p. 1). Estes fatores podem influenciar, tanto a compreensão das conversas face a face, como as transmitidas via *media* e afetar as atitudes dos destinatários em relação ao conteúdo das mensagens (Wyer & Shrum, 2014, pp. 1-2).

2.2.2. A compreensão para se obter um acordo em saúde

A compreensão é a capacidade interpessoal através da qual um paciente reconhece que o seu profissional de saúde o considera uma pessoa única, com as suas próprias preferências, esperanças e medos, e envolve uma curiosidade respeitosa e o desejo de aprender sobre as experiências e pontos de vista do outro (Dyche, 2007, p. 1035). A linguagem é o principal veículo para a partilha de conhecimento e de compreensão da mensagem (Hardin & Banaji, 1993). Ruesch (1963) refere a importância e o prazer de ser compreendido, e das partes chegarem a um acordo (p. 134).

No estudo em que foi aplicado o questionário europeu de literacia em saúde (Sørensen e outros 2012), a compreensão é definida segundo a taxonomia de Bloom (1956), significando a capacidade de entender informação em saúde, tirar sentido dela, com ideias e palavras próprias, usá-la em situações ou problemas concretos e compreender fatores de risco (Sørensen e outros, 2012). O profissional tem a seu cargo o desafio de validar a compreensão da mensagem pelo paciente, no processo de interação (Corcoran, 2007).

Considerando que, após uma consulta, os pacientes recordam e compreendem menos de 50% do que lhes foi dito pelo médico (Bertakis, 1977; Crane, 1997; Haes e outros, 1995; Roter, 2000; Rost & Roter, 1987), Choudry e outros (2019), Pendleton e outros (2003) reforçam que a compreensão é o conceito-chave da consulta, para um resultado formal e informal da aprendizagem, socialização e experiência (p. 9). Há, por isso, um imperativo ético para os profissionais em assegurar-se que os indivíduos compreendem as mensagens críticas em saúde que lhes transmitem (Gazmararian, Cunanan, Parker, Berhardt & DeBuono, 2005, p. 317).

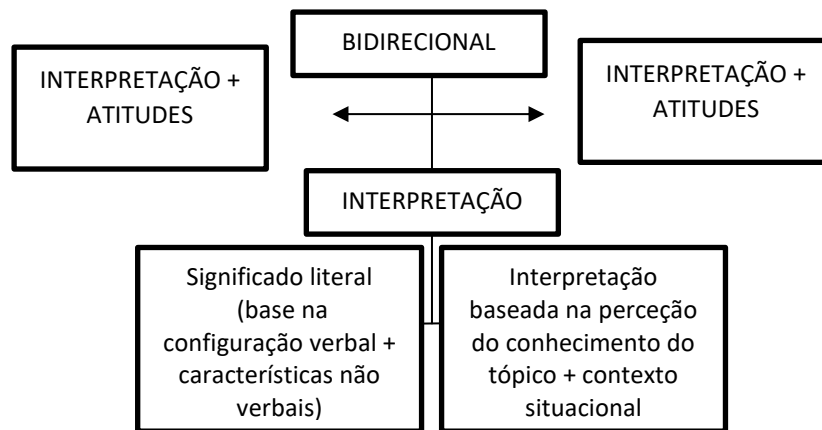
A compreensão é crucial pois, diariamente, o paciente precisa lembrar-se, entre outros afazeres, de tomar a medicação, dedicar-se à família, fazer atividade física, decidir o que comer e todas estas ações se enquadram no controlo dos hábitos e nos processos culturais (Bonaccorsi & Modesti, 2017, p. 737). As pessoas com baixa literacia em saúde geralmente têm pouca compreensão e recordação da informação que ouvem/leem (Schwartzberg, Cowett, Vangeest & Wolf, 2007; Schwartzberg, Vangeest & Wang, 2005).

Mesmo sem consciência, intencionalidade ou compreensão mútua das mensagens, continua a haver comunicação (Watzlawick e outros, 1967, p. 45). Mas é, na codificação e decodificação da comunicação, que assenta o processo de comunicação em si, pois, quando descodifica a mensagem, o recetor constrói o seu significado (Cobley & Shulz, 2013, p. 29).

McGuire (1972, 1984) descreve as etapas que um indivíduo deve passar para adotar um comportamento desejado: expor-se à mensagem; ter atenção à mensagem; despertar interesse ou identificar relevância pessoal na mensagem; compreender a mensagem; personalizar e adequar o comportamento; aceitar essa mudança; relembrar a mensagem; continuar a concordar com ela; tomar decisões com base nessa mensagem; comportar-se de acordo com o decidido; receber um reforço positivo pelo comportamento adotado; aceitar o comportamento na vida de alguém (Pink Book, 2004, p. 220). Conforme a figura 8, no processo de compreensão, os destinatários da mensagem começam por interpretar o seu significado literal, com base na configuração verbal e nas características não verbais que a compõem e, só depois, fazem a interpretação baseada na perceção do conhecimento do tópico abordado (Wyer &

Shrum, 2014, p. 2). Como os conceitos e conhecimentos podem ter sido adquiridos anteriormente, a compreensão pode ser automática (Wyer & Shrum, 2014, p. 3), atuando o “sistema 1” (Kahneman, 2012, p. 31) e, depois, o segundo nível ou “sistema 2” (Kahneman, 2012, p. 31), no qual a deliberação é cognitiva (Corcoran, 2007, p. 6).

Figura 8. Bidirecionalidade da comunicação e o processo de compreensão



Fonte: Baseado em Greenwald, 1968; McGuire, 1972; Wyer e Shrum, 2014.

De acordo com Wyer e Shrum (2014), os estudos de Greenwald (1968) demonstraram que as atitudes dos destinatários (recetores/descodificadores) das mensagens são determinadas, mais pelas respostas cognitivas às mensagens quando as recebem (encontro), do que pelas implicações do conteúdo (Wyer & Shrum, 2014, p. 2). Aludindo a um quadro do pintor Joyce, Wyer e Shrum (2014) referem que o espetador (descodificador) geralmente extrai significado da pintura, que o artista (codificador) não pretendia transmitir (p. 1). Assim, independentemente do contexto social, a atitude do destinatário pode ocorrer de forma automática, num processo de compreensão de primeiro nível (Wyer & Shrum, 2014, p. 2).

Também para a OMS (Rimal & Lapinsky, 2009), as informações são recebidas e processadas por prismas individuais e sociais, dependendo de fatores relacionados com o indivíduo (e.g. experiência anterior, crenças de eficácia, conhecimento) e dos níveis macrossociais (relações interpessoais, padrões culturais, normas sociais) e envolvendo um processo de exposição seletiva (o que as pessoas encontram) e percepção seletiva (o significado extraído) (p. 247).

Para melhorar o processo de compreensão, os defensores do *mapeamento mental* (e.g. Renfro, 2017) afirmam que a capacidade de um indivíduo recordar as informações e relacioná-las com outros conceitos e factos aumenta muito com o uso de *mind maps* ou *mapeamentos da mente*. Estes mapas mentais estimulam a avaliação de informações e a identificação visual das relações entre as ideias (Renfro, 2017). Conseguem-no através do processo de se colocar ideias e fatos em círculos, usando linhas de conexão (Renfro, 2017, p. 95) com utilidade na área da saúde através do cruzamento de informação, como horas/tempo e medicação, e contextos relacionados com a adesão. Há profissionais de saúde que utilizam desenhos ou gráficos para que o paciente compreenda melhor a mensagem (Ley, 1988; Maybach & Parrott, 1995; Northouse & Northouse, 1998; Wilson & Wolf, 2009).

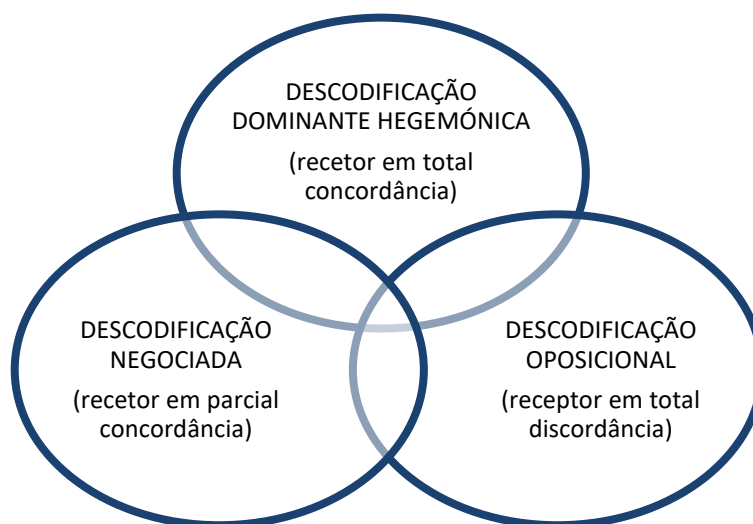
A compreensão da mensagem pelo recetor é tão importante como o seu *feedback* ao emissor (Corcoran, 2007, p. 6), pois permite confirmar a compreensão por parte do recetor. O *feedback*, entre a fala e a audição, é essencial e complementar (Jakobson, 2001, p. 81) e deve ser: 1) descritivo do comportamento, mais do que da personalidade; 2) específico, em vez de geral; 3) sensível às necessidades do recetor e emissor; 4) direto ao comportamento que se quer mudar; 5) temporal, dado estar em cima do acontecimento; e 6) seletivo, abordando poucos temas de uma só vez (Pendleton e outros, 2003, p. 80). O *feedback* “não é apenas fazer um julgamento ou avaliação” (Pendleton e outros, 2003, p. 80), como dar uma perspetiva sobre as forças e as limitações (Ho, 2008; Pendleton e outros, 2003; Ruesch, 1953), para construir um encontro pessoal de “eu-tu” e não “eu-isto” (Moscovici, 1981, pp. 17-18).

Se a mensagem apresentar ambiguidades para o recetor, este não consegue decodificar a intenção do emissor (Hall, 1980; Jakobson, 2001, p. 81). Mas segundo Rimal e Lapinsky (2009), é razoável esperar discrepâncias entre as mensagens enviadas e recebidas (p. 247), que surgem no âmbito do processo de decodificação, pelo que é necessário estudar a correspondência entre as mensagens enviadas e as recebidas (Rimal & Lapinsky, 2009, p. 247).

A propósito da compreensão da mensagem, Hall (1980), no âmbito do modelo *encoding-decoding*, descreve as três posições de decodificação: a dominante hegemónica (p. 59), com total concordância entre o enviado pelo emissor e o recebido

pelo recetor; a negociada (p. 60), em que há concordância parcial com a posição privilegiada, reservando-se o direito de fazer uma aplicação mais negociada às suas próprias posições, e a oposicional (p. 61), em que o recetor descodifica e reformula em sentido contrário à informação enviada – figura 9.

Figura 9. As três posições de descodificação da mensagem



Fonte: Baseado em Hall, 1980.

Para que o processo de comunicação decorra, o profissional de saúde deve estar apto a compreender, a eliminar barreiras de comunicação e a corrigir, se necessário, as crenças e constrangimentos, a mostrar afetividade e a investir em autoconhecimento (Braga & Silva, 2007; Hulsman, 2009). Hulsman (2009) reforça que a aprendizagem prévia, através de guiões de apoio, reduz o esforço cognitivo no desempenho de tarefas complexas (p. 305).

Sobre este esforço cognitivo, Wyer e Shrum (2014) distinguem os *verbalizadores* dos *visualizadores*. Quando as imagens são formadas espontaneamente no decurso da compreensão da informação, os chamados *visualizadores* (Wyer & Shrum, 2014, p. 5) – mais comuns na população em geral – têm uma reação intensa quando associam imagens aos lugares, precisando dessas imagens para tecer juízos de valor. Por outro lado, os *verbalizadores*, associados à audição e à fala, não necessitam de imagens de forma tão intensa (Wyer & Shrum, 2014, p. 5).

Baseados num modelo de múltiplos estádios de processamento de informações com origem em McGuire (1968, 1972), Wyer e Shrum (2014) analisam, numa revisão de literatura, os processos de compreensão que precedem as reações dos indivíduos (p. 2). Os autores (Wyer & Shrum, 2014) verificaram que as representações visuais da informação podem provocar fortes reações emocionais e, se forem fáceis de recuperar da memória, podem ter maior impacto do que as informações codificadas verbalmente (p. 7).

Hovland e Weiss (1951) referem que o paciente, ao memorizar uma informação de forma permanente, tende, no futuro, a lembrar-se mais do seu conteúdo do que o próprio profissional que a transmitiu, fenómeno denominado de *sleeper effect* (p. 636). Também a facilidade em recordar uma informação pode relacionar-se com o facto de o acontecimento/evento ser raro ou único (Wyer & Shrum, 2014).

Atendendo ao nível de literacia em saúde, Choundry e outros (2019) recomendam que a informação seja de fácil compreensão, acessível e disponível (p. 2). Acontece que, muitas vezes, os profissionais de saúde superestimam a compreensão do paciente (Bass e outros, 2002; Doyle e outros, 2012, p. 12; Martin & DiMatteo, 2014, p. 23), resultando numa confusão recíproca de entendimento, com impacto nos resultados em saúde, associados a doenças crónicas – asma, diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva e infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) e síndrome da imunodeficiência adquirida – SIDA – (Sierra & Cianelli, 2019, p. 303). Não depende apenas da proficiência da pessoa ter a capacidade de encontrar, compreender e agir sobre a informação relacionada com a saúde (Choundry e outros, 2019, p. 2). Por exemplo, Weinman, Yusuf, Berks, Rayner e Petrie (2009) descobriram que muitos pacientes não sabem a localização dos seus principais órgãos, mesmo os que têm um problema específico – só metade dos pacientes cardíacos identifica o coração num diagrama corporal simples (Doyle e outros, 2012, p. 12).

Além das expressões, postura e tom de voz, existem outras formas não verbais, como imagens, gráficos, desenhos ou pictogramas, que podem ajudar a compreender a comunicação (Ley, 1988; Maybach & Parrott, 1995; Northouse & Northouse, 1998; Wilson & Wolf, 2009). No comportamento não verbal (DiMatteo e outros, 2013), a expressão facial (Eckman, 1999), a respiração e a postura corporal (Burgoon & Hale,

1998; Mast & Cousin, 2014, p. 39) tendem a conjugar-se em padrões (seguro e não seguro), que se manifestam no paciente e, por isso, interessa ao clínico discerni-los (Cardoso, 2012, p. 147).

Para se efetivar a adesão do paciente às orientações de saúde, existe um vasto campo da compreensão, que requer técnicas específicas (verbais-oraís e não verbais-paralinguísticas e visuais), no qual interessa verificar se o recetor é *visualizador* ou *verbalizador* para memorizar as indicações e para, no futuro, as poder reutilizar no seu autocuidado (Wyer & Shrum, 2014).

2.2.3. Os contributos da persuasão para a satisfação e comportamentos em saúde

O uso da persuasão, dentro dos limites de uma comunicação competente, traz uma satisfação mútua aos intervenientes nessa relação (Wiemann, 1977, p. 197). Foi Aristóteles (séc. IV a.C./2005), que identificou a retórica com a persuasão, incluindo três tipos de discurso persuasivo, relacionados com o passado, o futuro e o presente: a) o forense, correspondente ao discurso do passado, é considerado verdadeiro e centrado na natureza e na causa dos acontecimentos; b) o discurso deliberativo, centrado no desenvolvimento de uma ação futura; e c) o epidítico focado no tempo presente e comprometido em avaliar as ações do indivíduo corretas e incorretas (Bryant, 1953, p. 405).

Segundo Bryant (1953), a retórica foi criticada por lidar com a opinião em vez do conhecimento (p. 406). O autor (Bryant, 1953) alega que o mundo humano não é um mundo de certezas e, por isso, deve haver alternativa tanto para o conhecimento como para a sorte ou capricho. Por isso, a alternativa é a existência de uma opinião informada, que é a abordagem mais próxima do conhecimento (p. 407). É esta opinião informada que se pretende como um dos resultados da relação entre o profissional de saúde e o paciente, conducente às decisões acertadas em saúde (Sørensen e outros, 2012)

A retórica é a dimensão racional do discurso informativo e persuasivo, que organiza e dinamiza todos os assuntos com influência relevante na decisão (Bryant, 1953, p. 408). Pode-se relacionar esta ideia com a ação do profissional de saúde, cujo objetivo é atingir o máximo de probabilidade, criando uma base para a decisão do

paciente. Berlo (1960), neste contexto persuasivo, afirmou que todo o comportamento de comunicação tem como objetivo provocar uma resposta específica (p. 16).

Para McCroskey e Richmond (1996), o estudo da influência usa a persuasão e tem por função ajustar ideias a pessoas e pessoas a ideias (p. 234). Segundo Tench e Konczos (2013), a persuasão é uma das capacidades constituintes do conceito de competência e, ao ser direta e manifesta, também é uma variável interdependente no processo de comunicação (Littlejohn, 1982, pp. 61-62).

As teorias da persuasão aplicam-se à comunicação em saúde em vários níveis, incluindo a comunicação intrapessoal, a interpessoal, a organizacional e a de massa (Cameron, 2009, p. 309). Na relação interpessoal, um profissional de saúde, que queira persuadir o seu paciente, tem de: 1) identificar a base potencial da resistência; 2) construir mensagens eficazes; e 3) fazer o seguimento do esforço persuasivo inicial (Erchul, 1993; Hughes, 1992; O’Keefe & Medway, 1997, p. 173; Short, Moore & Williams, 1991). É através da comunicação interpessoal que uma pessoa persuade outra a envolver-se num comportamento específico (Smith & Carpenter, 2017).

Na consulta, caracterizada por troca de opiniões e conhecimentos entre as partes, a persuasão é compatível com uma visão de coordenação, não hierárquica, cooperativa (O’Keefe & Medway, 1997) e de concordância. É ainda uma ferramenta para ajudar na resolução de problemas (Kim & Grunig, 2011) e na construção da relação (Brown, 1993; Henning-Stout, 1993; O’Keefe & Medway, 1997, p. 174), podendo ser usada de forma ética, com finalidade positiva, na construção de um processo de valor no encontro médico (Rubinelli, 2013).

É ainda a satisfação mútua, na relação interpessoal (Wiemann, 1977, p. 197), que abre a possibilidade de um interatuante (profissional) ser capaz de convencer/persuadir o outro (paciente) a aceitar uma determinada situação. Se o resultado for funcional para manter esse relacionamento a longo prazo (Wonca, 2002), considera-se essa persuasão como “comunicação competente” (Wiemann (1977, p. 197).

A persuasão alcança-se através da influência das atitudes, que são intermediárias entre uma fonte (na receção de uma mensagem) e um determinado comportamento (Rubinelli, 2013, p. 297), fazendo-se uma avaliação positiva ou negativa de um objeto, de um facto ou de uma pessoa (p. 297). Embora a atitude possa ser influenciada por

vários fatores, são as crenças das pessoas que pesam na sua visão sobre um determinado objeto (Rubinelli, 2013, p. 297). Nessa altura, apenas devem ser destacadas algumas crenças (Rubinelli, 2013, p. 297), especialmente as que são valorizadas pelo paciente, que influenciam as suas escolhas, persistência e desempenho (Wigfield & Eccles, 2000, p. 68). O profissional contribui para o êxito dessa atividade (comportamento), destacando as crenças que se associam, por exemplo, à adesão ou ao cumprimento das orientações em saúde (Rubinelli, 2013).

Os profissionais de saúde, também, são influenciados por questões culturais, de âmbito profissional e pessoal (Pendleton e outros, 2003, p. 8): 1) as influências culturais incluem as expectativas dos médicos na nossa sociedade e os papéis que esperamos que eles desempenhem; 2) as questões profissionais abarcam regras éticas e de conduta e o estado atual das crenças sobre os cuidados médicos adequados; 3) as questões pessoais variam de acordo com o estado da prática médica (da organização) e os relacionamentos dentro dela, como a sua situação em casa, a sua família e a sua saúde pessoal (Pendleton e outros, 2003, p. 8). Existem problemas pessoais ligados à atual situação do profissional, tais como a carga de trabalho e perceções, incluindo o humor, as pressões de tempo e o estado em que o último paciente saiu da sala, bem como outros antecedentes. Como os profissionais de saúde “também são humanos, podemos esperar que antecipem a chegada de alguns pacientes com prazer, a de outros com pavor e a maioria com alguma reação intermédia” (Pendleton e outros, 2003, p. 8).

Neste contexto de influências, Miller (2002) refere que o indivíduo busca: 1) a aquisição de recompensas (a satisfação/êxito da consulta e das orientações); 2) a construção da realidade (ajudando a balizar a pessoa que se encontra no seu processo de saúde/doença) e 3) a gestão de impressões, tanto do profissional como do paciente (Miller & Steinberg, 1975).

A persuasão pode gerar ambivalência (Perloff, 2017, p. 101), que ocorre quando se mantêm crenças aparentemente incompatíveis, como por exemplo quando os pacientes avaliam o seu médico positivamente, mas negativamente o sistema de saúde (p. 102). Perloff (2017) considera que o tipo mais comum de ambivalência acontece, quando se coloca a necessidade de uma decisão do tipo “cabeça-contra-coração”, em que a cognição (razão) aponta para um lado e os sentimentos a puxam para outro (p.

101). Perloff (2017) dá o exemplo da teoria da expectativa-valor (Wigfield & Eccles, 2000), quando estipula que as pessoas podem ter fortes crenças sobre dois ou mais resultados, mas avaliam-nos de maneira diferente. Nesta teoria (Wigfield & Eccles, 2000), as escolhas feitas pelos indivíduos são influenciadas por certas características, positivas e/ou negativas, das tarefas e os determinantes dessas escolhas são, entre as várias opções, o valor e a probabilidade de êxito que podem vir a ter – fazer uma escolha implica eliminar outras opções, sendo que todas as escolhas têm custos associados (Wigfield & Eccles, 2000). Tal como na ativação dos públicos, de passivos a ativos (Grunig, 1984; Kim & Grunig, 2011), se uma atividade é considerada importante (tem valor-sentido axiológico) para um indivíduo e ele considera que terá um bom desempenho (expectativa), então envolver-se-á mais nessa atividade (Roberts, 2007).

Mas não é fácil alterar comportamentos, sobretudo as atitudes fortes, que, por se ancorarem em crenças e valores, tornam-se mais resistentes à mudança, e são particularmente prováveis de: a) persistir ao longo do tempo, b) afetar julgamentos, c) orientar o comportamento e d) provar ser resistentes à mudança (Perloff, 2017, p. 113). Por isso, o tipo de perguntas colocadas ao paciente é importante para o resultado pretendido, dado ser mais fácil registar a presença de uma coisa do que a sua ausência (Cialdini, 2018, p. 38), havendo tendência para procurar confirmações e não desmentidos. Por exemplo, num estudo em que foi perguntado às pessoas se eram infelizes, elas tendiam a confirmar mais descontentamento, evidenciando uma probabilidade de mais 375% de se declararem infelizes (Cialdini, 2018, p. 39).

Na comunicação clínica, a “persuasão tem um papel crítico” (Rubinelli, 2013, p. 296), operando num momento crucial da relação terapêutica, que é a tomada de decisão, e tem regras prévias (p. 296). A persuasão está presente nos modelos de tomada de decisão médico-paciente, seja nos mais paternalísticos, de menor participação do paciente, ou nos mais interpretativos (participativos), que combinam pontos de vista (fonte credível) com os do paciente, com preocupação na forma como este apresenta os seus (Rubinelli, 2013, p. 296).

Segundo Hovland, Janis e Kelley (1953) e Crano e Siegel (2017), a credibilidade da fonte é vista como uma confluência da experiência de uma fonte (a sua capacidade para fornecer informações válidas) e a sua confiabilidade (a sua veracidade, sem

considerações de ganho) (Crano & Siegel, 2017, p. 98). Na relação em saúde, o profissional é visto como um perito fiável (O’Keefe & Medway, 1997), com conhecimento e promotor do envolvimento (sobretudo para os que têm BLS). Quando o paciente pondera ou confia nas informações fornecidas pela fonte, atende a um conjunto de fatores que se associam, por exemplo, à velocidade da fala, à atratividade ou à animação do orador (Crano & Siegel, 2017, p. 97). Observam-se os efeitos de influência dos líderes de opinião de acordo com a natureza da linguagem usada (Lazarsfeld, 1944; Silvestre, 2011, p. 18), confirmando que os comunicadores com elevada credibilidade aumentam o número de mudanças de atitude (Bens, Golding & McQuail, 2005, p. 152).

Mesmo os indivíduos não informados, que podem ter escassez de interesse, falta de motivação, dificuldade de acesso à informação, apatia social, necessidade de delegação, condição social herdada ou condições físicas adversas (e.g. neurológicas), podem ser persuadidos quando a mensagem, na sua forma e organização, for adaptada aos seus fatores pessoais (Wolf, 1999, p. 12).

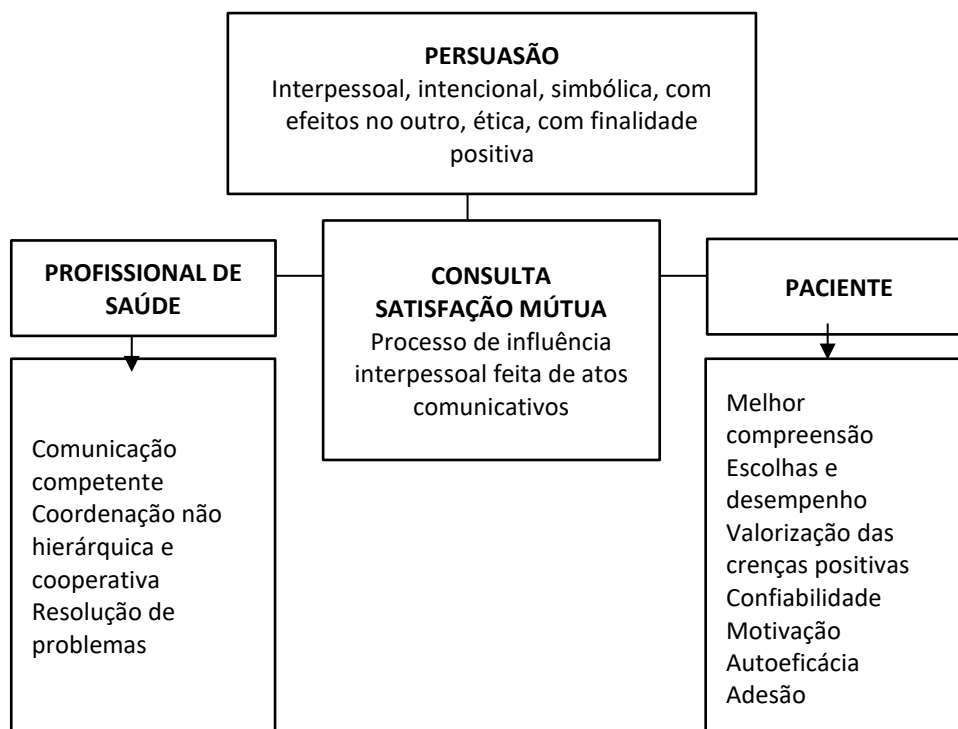
Aplicando a abordagem de Kim e Grunig (2011) ao contexto da saúde, quando o profissional de saúde se propõe a baixar as barreiras e constrangimentos do paciente para a resolução de um problema, está a colaborar para lhe aumentar a motivação (Smith, 2012; Wonca, 2002) e a autoeficácia (Bandura, 1992, p. 2; 1994), envolvendo-o num processo que tem início numa “intenção de comportamento” (Fishbein & Ajzen, 1975), que visa produzir uma relação simétrica, de confiança e participativa (Ledingham, 2015, p. 147; Pendleton e outros, 2003).

O profissional de saúde usa a persuasão como um elemento construtivo na relação, ultrapassando a limitação pontual que a aplicação deste conceito pode evocar (Rubinelli, 2013). Estabelece, então, uma relação de compromisso com o paciente, de abertura e envolvimento, que se pretende que seja mutuamente benéfica, de acordo com a caracterização feita por Ledingham e Bruning (1998) e que se importa para o contexto da saúde. Neste processo, usa mensagens claras, explícitas e diretas, ou técnicas estruturadas, como oferecer sugestões específicas sobre o problema (Hughes, 1992, p. 286), provocando mais hipóteses de êxito, porque se reduzem as distorções percetuais (O’Keefe & Medway, 1997, p. 184). Por exemplo, o médico, no diálogo com

o paciente, explica-lhe que se ele (paciente) caminhar à volta de sua casa (estilo de vida saudável), aderindo a um determinado plano de atividade física diária (cognição), ganhará mais mobilidade e melhorará o tónus muscular (etapas pequenas e claras motivadoras), enfatizando os benefícios resultantes da adoção desse comportamento positivo (e.g. mais saúde, mais confiança em si, maior autonomia).

Conforme a figura 10, na relação entre o profissional e o paciente, existe um processo de influência interpessoal produzida pelos diversos atos comunicativos, que implica, por parte do profissional, a necessidade de uma comunicação competente e um resultado obtido que leva a um melhor desempenho do paciente, porque este compreendeu, sentiu confiança, motivação e autoeficácia no seu desempenho. A persuasão pode ser interpessoal, intencional, simbólica, não coerciva, baseada na ética, e surte efeitos no outro (Miller, 2002).

Figura 10. O uso da persuasão na consulta



Fonte: Baseado em Cialdini, 2018; Kim e Grunig, 2011; Miller, 2002; O’Keefe, 1990; O’Keefe e Medway, 1997; Rimal e Lapinski, 2009; Shepherd, 1992; Smith e Carpenter, 2017; Wiemann, 1977.

Berlo (1957) questiona-se, também, sobre se as informações contidas numa mensagem têm maior ou menor probabilidade de retenção de acordo com a ordem em que são apresentadas, ou seja, se poderá haver séries de ordens ideais na transmissão de informação (p. 12). O autor sublinha que o problema se coloca em termos de primazia ou recência, considerando que, quer a mensagem tenha várias afirmações persuasivas ou declarações factuais, quer os elementos estejam no início ou no fim da mensagem, os principais pontos são ordenados de forma sequencial (Berlo, 1957, p. 12). Neste sentido, o autor indica dois estudos sobre esta reflexão: o de Jersild (1929) com resultados para a defesa da hipótese da primazia (no início) na retenção da mensagem, e o de Ehrensberger (1945) com evidências de que os itens, apresentados no final da mensagem (recência), são mais retidos (Berlo, 1957, p. 13).

Num paralelismo com o modelo transteórico (Prochaska & DiClemente, 1983; Sutton, 2007) e considerando os diversos estádios da mudança, os pacientes podem não considerar certas atitudes como relevantes para a sua tomada de decisão e, neste caso, o persuasor (profissional de saúde) tem de lhes lembrar as atitudes a assumir e ajudá-los na ligação destas às escolhas de comportamento com que se confrontam. Neste contexto, a persuasão é uma ferramenta útil para a resolução de problemas e para a construção da relação, por pressupor a junção de esforços, a coordenação, a não hierarquização e a cooperação, devendo ser usada, de forma ética, para uma finalidade positiva comprometida com a melhoria relacional e com os resultados em saúde (O’Keefe & Medway, 1997, p. 174).

2.3. As competências gerais de comunicação interpessoal

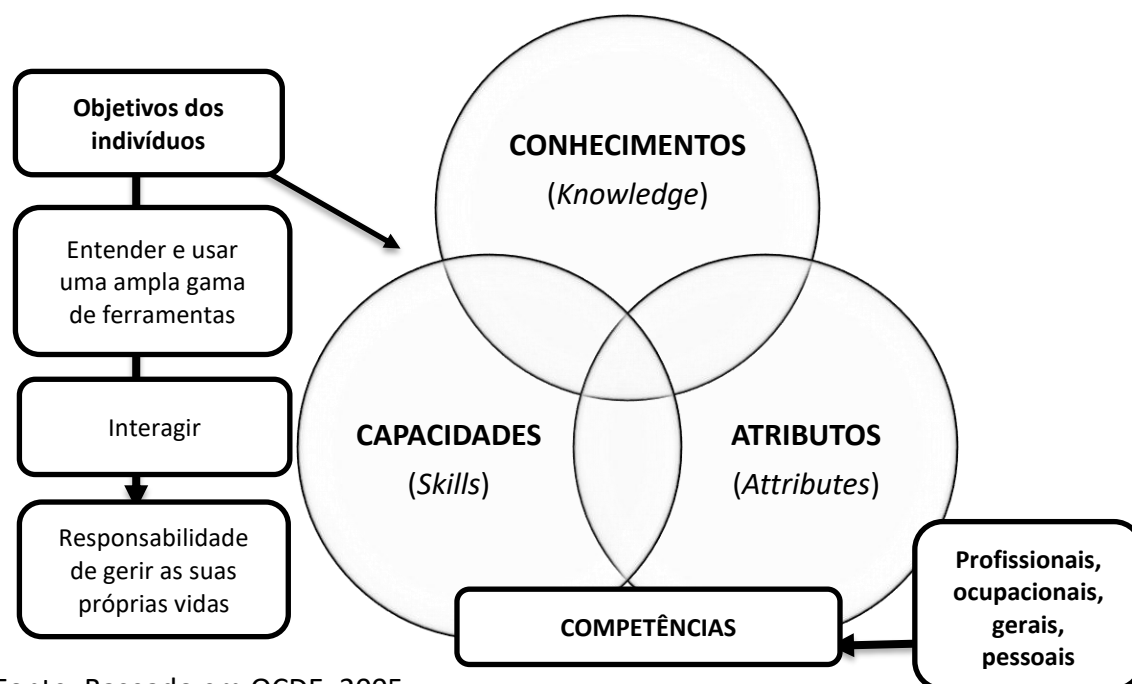
A competência é um fator importante na forma como os indivíduos ajudam a moldar o mundo e não apenas na forma como lidam com ele (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico-OCDE, 2005, p. 5). O conceito de competência – que se adota nesta investigação – é um *constructo*, que envolve a capacidade de ir ao encontro de exigências complexas, mobilizando recursos psicossociais (conhecimentos, capacidades e atitudes) num contexto particular (OCDE, 2005, p. 5). A OCDE (2005) dá, como exemplo, a capacidade de comunicar efetivamente,

baseada no conhecimento de um indivíduo sobre linguagem, capacidades práticas em tecnologias de informação (TI) e as atitudes em relação a quem comunica (p. 4). As competências gerais dos indivíduos integram três categorias inter-relacionadas, que formam coletivamente uma base, sendo: os conhecimentos (*knowledge*), as capacidades (*skills*) e os atributos pessoais (*personal attributes*) (OCDE, 2005, p. 5). Daí que são os objetivos dos indivíduos e da sociedade, relacionados com os principais recursos e exigências na vida, que determinam quais são as competências-chave destes indivíduos, não podendo a definição das qualidades pessoais e as capacidades cognitivas ser apenas fruto de decisões arbitrárias (OCDE, 2005, p. 5).

Estas competências gerais abrangem o entendimento, a interação e diversas capacidades dos indivíduos em: 1) entender e usar uma ampla gama de ferramentas para interagir efetivamente com o meio ambiente (físico, através da tecnologia da informação, ou sociocultural através do uso da linguagem); 2) interagir, em particular em grupos heterogêneos, porque o mundo está cada vez mais interdependente, e 3) serem capazes de assumir a responsabilidade de gerir as suas próprias vidas, situá-las no contexto social mais amplo e agir autonomamente (OCDE, 2005, p. 5).

Apesar de as competências-chave serem “desejáveis” (OCDE, 2005, p. 5), é preciso ter uma consideração cuidadosa dos pré-requisitos psicossociais dos indivíduos, para terem uma vida bem-sucedida - figura 11.

Figura 11. Competência como *constructo* com três categorias inter-relacionadas



Fonte: Baseado em OCDE, 2005.

Em 2013, os especialistas em comunicação Tench e Konczos (2013) consolidaram este *constructo*, que integra uma abordagem tripartida de competência, já elencada pela OCDE (2005), sublinhando que as competências são capacidades fundacionais (p. 43), que permitem desempenhar as tarefas e assumir as responsabilidades ao longo do tempo, de uma forma estável e com êxito (Tench & Konczos, 2013, p. 43).

As competências comunicativas integram no seu conceito tripartido: 1) os conhecimentos, associado ao saber, traduzidos no que os profissionais são obrigados a saber para executar o seu trabalho (*knowledge* – e.g. geral, teórico, de outras culturas); 2) as capacidades, relacionadas com saber-fazer (*skills* – e.g. resolução de problemas, persuasão, compreensão de leitura) e; 3) os atributos pessoais associados a *soft skills* e ao ser (*personal attributes* – e.g. honestidade, liderança, confiança) (Tench & Konczos, 2013; Tench e outros, 2013). A competência comunicativa, também, é definida por Spitzberg (2013) como uma impressão de adequação e efetividade, que está relacionada funcionalmente com a motivação individual, conhecimento, capacidades, facilitadores contextuais e constrangimentos (p. 126). Esta aceção é reforçada por Flynn (2014), que também a considera um *constructo* multidimensional (p. 364).

Segundo Tench e Konczos (2013), são as competências que permitem levar os profissionais (neste estudo, os profissionais de comunicação) a um desempenho superior, embora seja necessário, para a sua boa utilização, uma aprendizagem prévia e um treino de competências (Zolnieriek & DiMatteo, 2009, p. 827) ou, ainda, ter guiões prévios que apoiem e reforcem o uso de competências (Hulsman, 2009; Spitzberg, 2013). Sendo um conceito subjetivo complexo (Spitzberg, 2013, p. 127), as competências de comunicação são baseadas na funcionalidade da comunicação, na sua adequação e no suficiente conhecimento, julgamento e capacidades (Light & McNaughton, 2014).

Para Spitzberg (2013), há duas capacidades gerais na gestão da interação, essenciais para que exista competência, relacionadas com: 1) a capacidade para estabelecer e sustentar um padrão de interação suave e fácil, cuja natureza é gerida pelas regras dos encontros face a face e culturais, e 2) a capacidade para manter o controlo da interação, sem dominar, em resposta a um plano interno, em vez de simplesmente reagir ao comportamento do outro (p. 199). As competências comunicativas permitem que o indivíduo funcione efetivamente na sociedade através do uso da linguagem e do comportamento não linguístico (Wiemann & Backlund, 1980, p. 186), com capacidade para interagir com o outro, através de comportamentos comunicativos disponíveis, realizando com êxito os seus próprios objetivos interpessoais e mantendo o interesse dos que interagem com ele (p. 198).

Wiemann (1977) define competência comunicativa através de cinco componentes: 1) a gestão da interação, 2) a empatia, 3) o suporte e a afiliação, 4) a flexibilidade comportamental e 5) o relaxamento social (pp. 195-197). Um indivíduo com competência interpessoal tem uma postura aberta (disponível) para receber mensagens de outras pessoas, não provoca ansiedade nos outros (Wiemann, 1977, p. 196), é empático, afiliativo, solidário e tranquilo enquanto interage, adaptando o seu comportamento ao encontro e mudando conforme se move entre os encontros (p. 197). Moscovici (1981) concorda com Wiemann (1977) e reforça o relacionamento eficaz, através da adaptação às necessidades e exigências situacionais (p. 17). Wiemann e Backlund (1980) enfatizam, ainda, a competência comunicativa interpessoal como um conceito diádico em que existe negociação entre os participantes (p. 186).

Littlejohn (1982), por sua vez, considera as competências de comunicação em dois níveis: tático (falar e escrever) e estratégico (habilitantes para compreender a relação), sendo estas últimas consideradas aptidões conceituais, pois habilitam a compreender o estado das relações no sistema (p. 63). Mas não são nem inatas nem automáticas, sendo adquiridas e refinadas através da educação e da prática, o que é também defendido por outros autores (Mechanic & Meyer, 2000; Gałajda, 2017, p. 2; Włoszczak-Szubzda e Jarosz, 2013, p. 75).

Numa caracterização das competências de comunicação, Spitzberg (2013) afirma que são “curvilíneas” (p. 128), isto é, um comportamento pode ser bom e avaliado positivamente. Resulta em avaliações negativas, se for usado excessivamente, como no caso de um contacto ocular com o paciente, em que, se o profissional olhar fixamente, pode ser considerado rude (Spitzberg, 2013, p. 128).

Quando se amplia a lente, para observar, com maior precisão, os detalhes comunicacionais, verifica-se que a competência de comunicação é uma interação, isto é, um momento discreto e observável de comportamento que inclui contributos verbais e não verbais (Wouda & Van de Wiel, 2012). Ter competências interpessoais exige assim, segundo Włoszczak-Szubzda e Jarosz (2015): 1) competências psicológicas, que são as competências do indivíduo em relação a si mesmo, ou seja, reportam-se à inteligência intrapessoal e à consciência emocional, envolvendo a autoavaliação e autocontrolo; 2) competências sociais, que implicam as relações com os outros e envolvem a empatia (Wiemann, 1977, p. 197), a assertividade, a persuasão e a liderança; e 3) competências praxeológicas, relacionadas com a atuação e que envolvem motivação, adaptação e consciência interna e na ação (Włoszczak-Szubzda & Jarosz, 2015, pp. 68-69).

As competências da comunicação interpessoal integram a capacidade de: 1) formular e alcançar objetivos; 2) colaborar efetivamente com os outros de uma forma interdependente; e 3) adaptar-se às situações (Wiemann, 1977, p. 197). Para se conseguir estas capacidades (objetivos, colaboração e adaptação), são precisas competências interpessoais (Dyche, 2007; Wiemann, 1977), nomeadamente através de: 1) empatia; 2) forma como o *feedback* é dado e recebido, correspondente à codificação-descodificação de Hall (1980) e Schramm (1955); 3) sentimentos e pensamentos (Pina, 2003; Romek, 2003); 4) flexibilidade comportamental, isto é, a capacidade de

reconhecer as escolhas comportamentais numa determinada situação, como por exemplo a competência cultural (Kodjo, 2009, p. 2), que se refere a um reconhecimento e incorporação, por parte dos profissionais, de questões culturais na avaliação das relações resultantes de diferenças culturais (Kodjo, 2009, p. 2); e 5) capacidade de gerir as mudanças, podendo a assertividade ajudar a organizar a consulta (Mauksch e outros, 2008, p. 1380).

Mechanic e Meyer (2000) e Gałajda (2017, p. 2) concordam que as competências interpessoais, dentro da comunicação deste tipo, começam quando os interlocutores se encontram e se conhecem (p. 2) e ocorre uma transação, sendo ambos responsáveis pelo resultado do encontro, em que, à medida que transmitem informações, criam significados e pretendem obter respostas (Gałajda, 2017, p. 2; Steinberg, 2007, p. 40).

Um comunicador competente está ciente da “qualidade sagrada dos encontros” (Wiemann, 1977, p. 196), ajuda no estabelecimento e manutenção da identidade pessoal e social dos participantes (p. 196) e tem, por isso, capacidade para ajudar os outros a “salvar a cara” (p. 196), isto é, ajuda se houver alguma ameaça (e.g. uma doença que poderá limitar física ou mentalmente). Relativamente ao cuidado na análise dos comportamentos comunicativos, pode observar-se que qualquer comportamento ou capacidade pode ser considerado competente num determinado contexto e incompetente noutro, se essa eficácia impedir a possibilidade de outros alcançarem os seus próprios objetivos (Wiemann, 1977, p. 196). É através de um processo de negociação interpessoal, que os participantes de um encontro, se forem competentes, devem poder chegar a uma definição que seja a “melhor possível” para ambos (Wiemann, 1977, p. 196).

A capacidade de escutar também é um fator-chave. Mechanic e Meyer (2000), através de entrevistas do tipo semiestruturado a pacientes de Nova Jérсия, Estados Unidos da América (EUA), observam que a comunicação interpessoal focada na escuta é uma das principais dimensões para fomentar a confiança do paciente no profissional de saúde.

Alguns estudos sobre suporte social (e.g. Buhrmester, Furman, Wittenberg & Reis, 1988; Cohen, Sherrod & Clark, 1986; Kreps, 1988) sugerem que as pessoas com maior competência interpessoal têm maior probabilidade de construir e usar redes de

relacionamentos de apoio perante as circunstâncias stressantes da vida. Da mesma forma, as pessoas “cronicamente solitárias” (Buhrmester, Furman, Wittenberg & Reis, 1988, p. 991) foram consideradas menos competentes nas relações interpessoais do que as pessoas que não estão sozinhas (Jones, Hobbs & Hockenbury, 1982; Spitzberg & Canary, 1985).

Segundo Romek (2003), é preciso tempo para a formação dos relacionamentos interpessoais, pois estes raramente são formados num instante, tornando-se necessário que os encontros com a mesma pessoa ocorram mais ou menos regularmente (p. 6).

CAPÍTULO 3. A RELAÇÃO TERAPÊUTICA, OS MODELOS DE CONSULTA E AS COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

3.1. A relação terapêutica: o encontro entre o paciente e o profissional de saúde

Uma relação é definida como “um padrão de interação entre duas pessoas baseado nas suas percepções recíprocas” (Littlejohn, 1982, p. 206) e todos os profissionais de saúde têm um papel terapêutico (Burnard, 1992, p. 47; Street e outros, 2009, p. 295), porque “ajudar a cuidar dos outros significa que conversamos, aconselhamos como parte do trabalho diário” (Burnard, 1992, p. 47). A relação terapêutica é, por isso, “fundamentalmente um evento comunicativo” (Street & Millay, 2001, p. 61).

O encontro estabelecido pela consulta tem um potencial terapêutico, não sendo apenas um processo de gestão (Mead & Bowe, 2000), pois tanto os profissionais como os pacientes “devem maximizar os efeitos terapêuticos da comunicação” (Street e outros, 2009, p. 295). Pendleton e outros (2003) referem que a consulta, na qual se concretiza a relação terapêutica, é o “coração e a razão da saúde”, “o ato central da medicina” (p. 109).

A palavra *terapêutica* é uma tradução do grego *therapeutiké*, que significa “arte”, a ciência de escolher as terapias adequadas às diversas doenças (Rezende, 2010, p. 149), pelo que se pode aplicar o significado de *arte* e *cura* na relação terapêutica, propondo-a como a arte da interação que cura. Rawlins (2007) refere que a relação terapêutica é diádica (p. 3), porque, desta combinação de duas pessoas, surge uma unidade que envolve um processo de interinfluência (Pendleton e outros, 2003, p. 6), exigindo uma cooperação estreita, muitas vezes num contexto de posições desiguais (Ong e outros, 1995, p. 903). É um microssistema complexo de relações entre pessoas (profissional e paciente) e o seu ambiente (família, amigos, comunidade) (Bronfenbrenner, 1977, p. 514).

A relação terapêutica, precisando de espaço e tempo (Ong e outros, 1995, p. 903), é complexa porque, se, por um lado é feita de pensamentos e cognições, também se estrutura com sentimentos e emoção (Ong e outros, 1995, p. 903; Pina, 2003; Romek,

2003) que guiam o profissional e o paciente numa interação em que a confiança é crítica (Pendleton e outros, 2003, p. 9; Pina, 2003; Rawlins, 2007, p. 2).

Segundo Pina (2003), a confiança do paciente é fundamental na sua relação com o médico (p. 69), para que aquele consiga efetivar uma série de passos: transmitir ao médico os seus problemas; aceitar as orientações em saúde; (para) regressar mais tarde à consulta e (para) satisfazer uma necessidade psicológica (p. 69). A satisfação relacional é um dos elementos mais significativos no sucesso das relações (Ledingham, 2015, p. 147).

A consulta, na qual assenta a relação terapêutica, pressupõe que haja antecedentes, que correspondem às razões para os indivíduos iniciarem a relação (Bortree, 2015, p. 145). Mediado pela comunicação ou pelas *estratégias de cultivo* (Bortree, 2015), que são o elemento fulcral para o sucesso da consulta (Kaplan, Siegel, Madill & Epstein, 1997, S51), existe nesta relação em saúde “um processo de influência interpessoal” (O’Keefe & Medway, 1997, p. 173),

A consulta visa os melhores resultados em saúde para o paciente (Epstein e outros, 2005; Fitzpatrick e outros, 1983; Pendleton e outros, 2003, p. 30). Mas nem sempre isso acontece com a frequência desejada: os profissionais de saúde fazem diversas sobreavaliações e superestimam 1) as suas competências de comunicação (Ha e outros, 2010); 2) a literacia em saúde dos seus pacientes (Johnson, 2014, p. 43); 3) o tempo que passam com o paciente (Waitzkin, 1984, p. 2442), percecionando que passam muito mais tempo a informar os seus pacientes do que focados naquilo que realmente acontece (p. 2442).

Há cinco pontos que Neighbour (1999) destaca no âmbito da relação terapêutica e que se reflete no comportamento e ação do profissional: 1) fazer a ligação ao paciente; 2) a necessidade de sumarizar passo-a-passo, para uma melhor compreensão do paciente; 3) tomar decisões; 4) assegurar a gestão da incerteza e evitar os desenvolvimentos inesperados e 5) gerir o seu próprio *stress* provocado pela prática clínica, preocupando-se também consigo. Existem outras capacidades que são importantes o profissional ter no âmbito da relação terapêutica (Taylor, Parker & Bagby, 1999), como as capacidades centrais de inteligência pessoal e emocional que incluem: a) a inteligência intrapessoal, que é a capacidade de aceder aos seus próprios

sentimentos; e b) a inteligência interpessoal, que é a capacidade de ler o humor, intenções e desejos dos outros (Pendleton e outros, 2003, p. 8; Taylor, Parker & Bagby, 1999, p. 340).

O conteúdo da interação terapêutica envolve assuntos de importância para ambas as partes: por um lado, o conhecimento e a responsabilidade do profissional de saúde, por outro, a procura de respostas e a satisfação das necessidades do paciente (Pendleton e outros, 2003). Tanto as perspetivas do profissional, como as do paciente, influenciam a eficácia com que qualquer problema é tratado, integrando a consulta estes pontos de vista diferentes (Pendleton e outros, 2003, p. 9). Uma consulta, na qual se estrutura a relação terapêutica, é entendida como “uma reunião entre pessoas, em que cada uma geralmente tenta influenciar a outra de alguma forma, e cada um tem conhecimento especializado” (Pendleton e outros, 2003, p. 9).

Ha e outros (2010), indo ao encontro do que Hon e Grunig (1999), descreveram sobre os atributos das relações, referem, numa revisão de literatura, que a relação terapêutica é “recíproca e dinâmica, envolvendo dois sentidos” (p. 40). Explicam que aumentar o conhecimento do paciente gera um maior movimento da sua parte, conduzindo a um modelo de decisão partilhada e de comunicação centrada no paciente, em que a troca e a partilha de informação são o modelo de comunicação dominante (Ha e outros, 2010, p. 38).

A finalidade da relação terapêutica é a prevenção da doença, a promoção da saúde, os cuidados, a gestão e a reabilitação (Wonca, 2002). Nesta interação, o profissional beneficia em ter conhecimento prévio de guiões ou linhas orientadoras de intervenção comunicativa (Hulsman, 2009). Os guiões permitem-lhe avaliar as “pistas” (Kreps, 2001; Silverman e outros, 2013, p. 1236) dadas pelo paciente, no sentido de diminuir constrangimentos e gerir melhor as crenças, com vista a uma melhor compreensão, adesão, resultados em saúde reforçados e literacia em saúde (Sørensen e outros, 2012).

Também existe o lado sombrio das relações e Cupach e Spitzberg (1994) descrevem-no como uma “interação que é difícil, problemática, desafiadora, angustiante e perturbadora” (p. vii). Esta pode provocar “disparidades na saúde”, isto é, “desigualdade ou diferenças na saúde, que se podem relacionar com o acesso e

qualidade dos cuidados de saúde, *status* socioeconómico, educação, fatores biológicos, discriminação racial e étnica e questões culturais” (Thomson e outros, 2006, p. 57).

No âmbito das questões relacionadas com a hegemonia dos profissionais e da perceção de uma sobrestimação, segundo Spitzberg (2013), Alicke e Govorun (2005) e Sedikides, Gaertner e Togushi (2003), ocorre o *efeito wobegan*, que significa que a maior parte das pessoas se considera acima da média, pelo que tende a sobreavaliar as suas competências, não sentindo necessidade de melhorar a sua comunicação (Alicke & Govorun, 2005). Para ultrapassar esta *hegemonia*, Greenfield, Kaplan e Ware (1985) e Street (2007) propõem que os pacientes sejam mais ativos na colocação de questões, participando mais. Assim, quanto mais questões colocam e preocupações expressam, mais suporte informativo e recomendações adaptadas e personalizadas conseguem dos seus profissionais de saúde (Street, 2007, p. 552; Kravitz e outros, 2005), ficando mais satisfeitos com o seu cuidado de saúde (Ware & Snyder, 1975).

Sobre o profissional de saúde recai uma responsabilidade acrescida (Coombs & Ersser, 2004; Koh, 2010; U.S. Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010), que não significa uma postura assistencialista de substituição do paciente (exceto se ele assim o quiser claramente) (Levinson e outros, 2005, p. 531), mas uma intervenção cognitiva, emocional e psicológica (Pendleton e outros, 2003) assente numa postura atenta, dinâmica e dotada de conhecimento (Epstein & Street, 2007; Teal & Street, 2008). Neste sentido e considerando a experiência *subjativa* da consulta, destaca-se, sem se pretender exaustividade, algumas dimensões das competências do profissional de saúde (quadro 9).

Quadro 9. As dimensões das competências do profissional de saúde no âmbito da relação terapêutica

Conhecimentos	Capacidades	Atributos pessoais
<p>Conhecer as técnicas da literacia em saúde (e.g. evitar o jargão técnico, usar linguagem clara, repetir a informação e apresentá-la em blocos curtos)</p> <p>Reconhecer as limitações e crenças de ambos</p> <p>Reconhecer o tipo de memória visual ou audiovisual do paciente, para incrementar a adesão</p> <p>Saber avaliar e antecipar as reações do paciente</p> <p>Saber distinguir o conteúdo (ter saúde ou doença) do contexto (e.g. cultura, crenças, medos)</p> <p>Saber gerir más notícias</p> <p>Saber identificar as necessidades, conscientes e inconscientes, do paciente</p>	<p>Adequar as perguntas abertas e fechadas de acordo com o tema, momento, contexto</p> <p>Adequar os meios: escrita, desenhos, voz, tato, de acordo com o perfil do paciente</p> <p>Conseguir acordo sobre os problemas e os planos de tratamento</p> <p>Explicar procedimentos e tratamentos</p> <p>Facilitar a cura através das respostas às dúvidas do paciente</p> <p>Fornecer informação em partes (<i>chunk & check</i>)</p> <p>Orientar o paciente para a autoeficácia (saber fazer)</p> <p>Saber ouvir e ter silêncios (gerir os silêncios)</p> <p>Substituir-se ao paciente, se for evidente essa necessidade</p> <p>Trabalhar a memória do paciente</p> <p>Tratar de forma respeitosa o paciente</p> <p>Usar a linguagem não verbal (prosódia, proxémia, cinestésias, silêncios, paraverbal)</p> <p>Usar a linguagem verbal com assertividade, clareza e positividade</p> <p>Usar a repetição (efeito de primazia e de recência)</p>	<p>Aceitar o outro</p> <p>Ser ativo e persistente</p> <p>Ser bom ouvinte</p> <p>Ser compreensivo</p> <p>Ser dinâmico e curioso</p> <p>Ser envolvente e atento</p> <p>Ser flexível perante a diversidade de emoções que o paciente apresenta</p> <p>Ser um negociador influente</p> <p>Ser respeitador</p>

Fonte: Baseado em Belim e Vaz de Almeida, 2018a, 2018b; Harrington e Valerio, 2004; Ley, 1989; Ogden, 2004; Pina, 2003; Ranjan e outros, 2015; Schwarzer, 1992.

No contexto da saúde, Munro, Lewin, Swart e Volmink (2007) consideram que a relação comunicacional entre prestador-paciente aumentará a sua adesão, assumindo que o seu alcance depende da educação/literacia do paciente e das competências de comunicação do profissional (Leonard, Graham & Bonacum, 2004, p. 187; Ross & Deverell, 2004; Sawyer & Aroni, 2003, p. 2). Convoca-se fundamentos da teoria relacional para sustentar a abordagem à relação terapêutica, uma vez que aquela integra as dimensões consideradas de sucesso das relações interpessoais (Ledingham & Bruning, 1998, p. 58).

A perspetiva cognitiva inclui abordagens teóricas, como o modelo de crenças em saúde-HBM (Becker, 1974; Rosenstock, 1974, 1990), a teoria sociocognitiva-SCT (Bandura, 1963, 1986), as teorias da ação racional-TRA (Fishbein & Ajzen, 1975) e do comportamento planeado-TPB (Sutton, 2007) e a teoria da motivação de proteção-PMT (Rogers, 1975). Estas teorias focam-se nas variáveis cognitivas como parte da mudança de comportamento, encarando as atitudes, crenças, expectativas, eventos e resultados como os principais determinantes do comportamento em saúde (Munro e outros, 2007, p. 4). Face a várias alternativas, os indivíduos escolhem a ação que levará aos prováveis resultados positivos (Munro e outros, 2007, p. 4).

Na perspetiva da autorregulação (Leventhal, Leventhal & Schaefer, 1992), examina-se a experiência subjetiva do paciente face às ameaças à saúde, para compreender o seu caminho de adaptação a estas ameaças (Munro e outros, 2007, p. 8). Os indivíduos formam representações cognitivas da saúde e das ameaças (e respostas emocionais relacionadas) e combinam novas informações. São estas representações, numa complexa interação com perceções ambientais, sintomas e crenças sobre a causa da doença, que "orientam" (Munro e outros, 2007, p. 8) o paciente na escolha de soluções para lidar com ameaças à saúde e influenciar os resultados (Munro e outros, 2007, p. 8).

Na perspetiva de nível/estágio, encontra-se o modelo transteórico-TTM (Prochaska & DiClemente, 1983), que propõe um conjunto de estágios e de processos de mudança para a mudança de comportamento e avança as razões por que as pessoas passam por esses estágios, em que geralmente voltam atrás e revisitam os estágios anteriores antes de atingirem o êxito desse comportamento (Munro e outros, 2007, p. 9). Esta perspetiva oferece uma versão integradora da mudança intencional, na qual a perceção das vantagens e desvantagens do comportamento são cruciais para a mudança comportamental (Munro e outros, 2007, p. 9).

3.1.1. Contributos da teoria relacional para a relação terapêutica

Neste estudo, focamo-nos, essencialmente, na teoria relacional, fundada por Ferguson (1984), que se fundamenta na dinâmica das relações interpessoais (Grunig, 1993; Hon & Grunig, 1999, p. 14; Ledingham & Bruning, 1998, p. 58; Kim, 2001; Ledingham, 2003, p. 185), procurando-se, de modo inovador, aplicar os conhecimentos desta teoria ao contexto da relação terapêutica. A defesa da teoria relacional prende-se com a ênfase dada às relações humanas, consideradas os alicerces da comunicação interpessoal (Bruning & Ledingham, 1998; Grunig, 1993; Hon & Grunig, 1999; Kim, 2001; Ledingham, 2009).

Para que ocorra o sucesso das relações interpessoais, estas devem ser promotoras de um modelo simétrico, bidirecional, mutuamente benéfico, de confiança, abertura, compromisso e envolvimento e ocorrer através do diálogo, numa troca de informação contínua e recíproca, com o objetivo de construir um relacionamento estável e de longo prazo entre os intervenientes (Bruning & Ledingham, 1998, p. 199; Heath & Vasquez, 2001; Kruckeberg & Starck, 1988; Ledingham, 2001; Ledingham & Bruning, 1998, p. 58; Valentini, Kruckeberg & Starck, 2012).

Embora utilizada no estudo das organizações e dos públicos (Ferguson, 1984), a teoria relacional baseia-se no perfil e características das relações interpessoais, que assentam a sua natureza dinâmica no nível de abertura, no grau de satisfação de ambas as partes, na distribuição de poder, na mutualidade de entendimento, na concordância e no consenso (Ledingham, 2009, p. 244). Por depender deste composto de exigências e fatores, esta abordagem toca também nas dimensões da literacia em saúde associadas ao acesso, compreensão e uso da informação e das instruções em saúde (Sørensen e outros, 2012), em que o relacionamento é um processo de adaptação mútua e de resposta contingente (Bruning & Ledingham, 1998, p. 199).

As relações são comunicacionais (Ledingham & Bruning, 1998) e o seu florescimento ocorre num contexto interpessoal (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005), sendo assim passíveis de ser transpostas para as relações em saúde, baseadas, não num modelo biomédico, de visão sobre a doença, no qual ocorre geralmente uma hegemonia do médico, como perito face ao leigo (Weber, 2016), mas antes num modelo

holístico (Wonca, 2002), biopsicossocial (Engel, 1981) e de múltiplas interinfluências do contexto (McLeroy e outros, 1988). A qualidade destas relações implica um conjunto de dimensões específicas, como: 1) confiança, 2) abertura, 3) envolvimento, 4) investimento e 5) compromisso (Bruning & Ledingham, 1998, p. 203; Ledingham, 2003, p. 185). Estas dimensões são preditoras da satisfação das partes (Ledingham, 2003, p. 185), sendo a qualidade das relações afetada pela forma como estas são iniciadas, desenvolvidas e mantidas, podendo gerar a lealdade dos participantes (Bruning & Ledingham, 1998, p. 199).

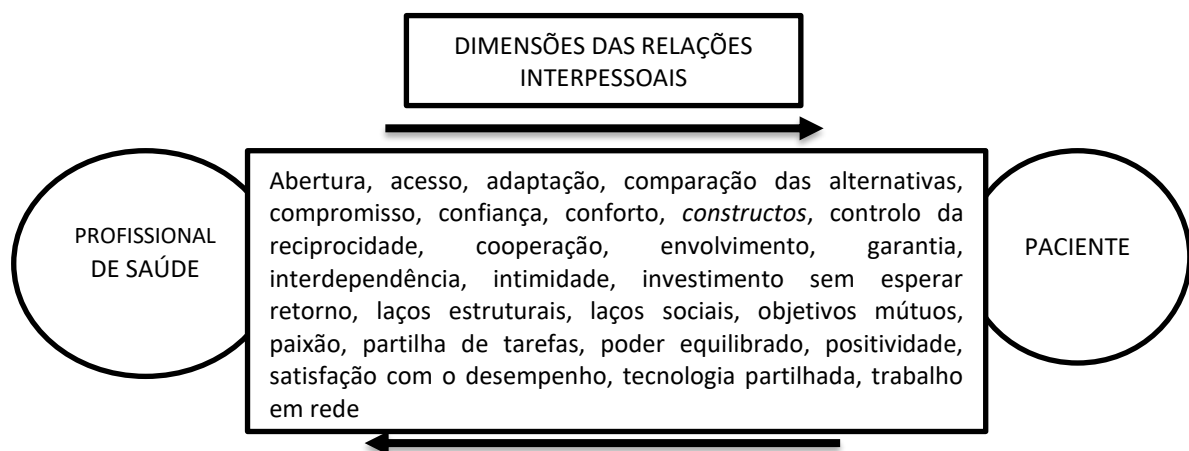
Para apurar as cinco dimensões, Bruning e Ledingham (1998) desenvolveram uma pesquisa relacionada com a satisfação nos serviços telefónicos através de entrevistas telefónicas a 384 subscritores, 12 *focus groups* com consumidores, entrevistas com seis executivos da empresa e duas mesas-redondas com funcionários da empresa (p. 199). Com base nas respostas dos *focus groups*, Bruning e Ledingham (1998) reuniram uma lista inicial de 17 dimensões: 1) investimento, 2) compromisso, 3) confiança, 4) conforto com a dialética relacional, 5) cooperação, 6) objetivos mútuos, 7) interdependência/equilíbrio de poder, 9) satisfação de desempenho, 10) comparação do nível de alternativas, 11) adaptação, 12) investimento sem retorno, 13) tecnologia partilhada, 14) construções, 15) laços estruturais, 16) laços sociais, 17) intimidade e paixão. No final, foi solicitado aos participantes do grupo focal que ajudassem a operacionalizar cada uma das dimensões de relacionamento (p. 203).

As dimensões essenciais das relações interpessoais de sucesso (Ledingham & Bruning, 1998) e, por isso, satisfatórias para ambos os intervenientes (profissional e paciente incluídos) envolvem: 1) a “confiança”, que corresponde ao sentimento de poder contar com o outro, isto é “fazer o que diz que vai fazer” (Ledingham, 2009, p. 245); 2) a “abertura”, que respeita à partilha dos planos futuros; 3) o “envolvimento” com o bem-estar dos participantes e comunidade, 4) o “investimento”, relacionado com o tempo, energia, sentimentos e outros recursos utilizados para construir uma relação; 5) o “compromisso”, entre as pessoas, associado à responsabilidade e decisão de continuar uma relação e enfrentar as dificuldades juntos.

De forma dinâmica, Bruning e Ledingham (1998) e outros autores (e.g. Hon & Grunig, 1999) foram facultando mais dimensões para consolidar os relacionamentos

entre as partes. Por exemplo, Hon e Grunig (1999) publicaram um guia para medir as relações entre a organização e o público, no qual incluíram: o acesso, a positividade, a abertura, a garantia, o trabalho em rede e a partilha de tarefas. Além disso, sugeriram o controlo da reciprocidade, a confiança, a satisfação e o compromisso como resultado do relacionamento. Hon e Grunig (1999) desenvolveram uma escala para medir o impacto dos indicadores da relação, tendo integrado, como novos elementos, a satisfação, a relação de troca e a relação comum, componentes da comunicação interpessoal (Kim, 2001). O nível de satisfação relacional foi incluído, por ser um dos elementos mais significativos para o êxito interpessoal das relações (Ledingham, 2003, p. 185). Contribuindo para esta reflexão, Ledingham (2009) afirma que as chaves para um relacionamento interpessoal bem-sucedido são a confiança e a abertura, geralmente seguidas pelo compromisso, controlo mútuo e vários outros atributos (p. 13) - figura 12.

Figura 12. As dimensões das relações interpessoais



Fonte: Baseado em Hon e Grunig, 1999; Ledingham, 2003; Ledingham e Bruning, 1998.

Bortree (2015), por seu turno, mais recentemente, vem consolidar a teoria relacional, focando-se nos fatores de ativação (razões que levam ao início das relações), de desenvolvimento das estratégias através das quais a comunicação e os comportamentos ocorrem entre os participantes para construir e fortalecer a relação, bem como os seus resultados – consequências produzidas pelas relações entre todos os envolvidos (p. 145).

Os resultados de um estudo sobre a satisfação dos pacientes, com 137 utentes de três centros de saúde de Braga (Pereira, Araújo-Soares & McIntyre, 2001, p. 70), revelaram que as atitudes dos pacientes face aos médicos e à medicina se relacionam, sobretudo, com a qualidade das relações estabelecidas, a comunicação e a acessibilidade. Os utentes mais satisfeitos são os que revelaram um nível mais elevado de atitudes positivas e uma melhor perceção das relações interpessoais com os profissionais de saúde, isto é, são utentes mais conscientes sobre os serviços prestados (Pereira e outros, 2001, p. 74). Quanto às atitudes negativas face aos médicos, estas estiveram, significativa e negativamente, correlacionadas com a comunicação/informação e com as relações interpessoais (Pereira e outros, 2001, p. 74). Pendleton e outros (2003) sublinham que “o sucesso da consulta é definido mais pelos seus efeitos do que pelos seus processos” (p. 6) e estes resultados podem ser vistos 1) na redução das preocupações do paciente; 2) na adesão ao plano de ação e 3) na melhoria da saúde do paciente.

Sobre a dimensão confiança, especificamente na relação terapêutica, Pina (2003) refere que o paciente está numa relação que se pretende confiável. Daí que o profissional deva assumir alguns comportamentos específicos, como “saber ouvir” (Pina, 2003, p. 74), dado que, muitas vezes, o paciente procura apenas conselho, amparo ou um ouvinte qualificado que o tranquilize e liberte das angústias que sente (p. 74). Para Rawlins (2007), a confiança diádica (p. 3) ou “confiança entre dois indivíduos” – estabelecida numa relação terapêutica – é a “a unidade mais pequena na qual a confiança é crítica para o desenvolvimento de relações próximas” (p. 2) e na qual há uma necessidade de “autodescoberta e de intenção benevolente” (p. 4).

Na relação (terapêutica), o médico não deve ser demasiado afirmativo, vago ou pessimista, sendo aconselhável uma atitude otimista, a qual pode ser sintetizada também pela positividade (Pina, 2003, p. 74, Romek, 2003, p. 7). Deve evitar termos técnicos, substituindo-os por “linguagem clara, precisa, direta e afável” (Pina, p. 74), e associar a “positividade, abertura, garantia, *networking* e partilha de tarefas” entre as partes envolvidas na relação, descrita por Hon e Grunig (1999, p. 14). Grunig (1993, p. 168) e Hon e Grunig (1999) reforçam que, nestas relações mútuas e simétricas (Hon & Grunig, 1999, p. 11), o comportamento dos participantes é reflexivo (de espelho) em

termos de estrutura (afirmação-afirmação) e ambos têm mútuo controlo (Beck, Ragan & Dupre, 1997). Um dos modelos mais citados de interação social é o modelo de habilidade social, de Argyle (1994). Este preconiza que, em qualquer encontro social, os indivíduos têm planos ou objetivos que tentam realizar através da correção contínua do seu desempenho social, face às reações dos outros (espelho), podendo detetar-se, aqui, um paralelismo com a aprendizagem por modelação de Bandura (1963).

3.2. Os modelos de consulta

A consulta é vista como um ciclo de cuidados, estruturada através da cognição e do afeto, envolvendo pensamentos e sentimentos que governam a orientação do profissional de saúde e ajudam a moldar os conteúdos (Pendleton e outros, 2003, p. 2; Olson & Williams, 1985; Tuckett e outros, 1985). A consulta é considerada, por Ramos (2009), um ato discreto com antecedentes, princípio, meio, fim e consequências, que se repete milhares de vezes em cada ano de trabalho (p. 208) num encontro de sistemas, que envolve o profissional de saúde e o paciente, num contexto, em que recebem e emitem mútuas influências (p. 209).

Existem modelos de consulta ancorados nos aspetos comunicativos da consulta, na qual se desenrola a relação terapêutica, que descrevem e propõem os passos que uma consulta deve incluir para a construção de uma relação mais satisfatória e centrada no paciente (Makoul, 2001; Pendleton, 1984; Pendleton e outros, 2003; Silverman, Kurtz & Draper, 2013). Os modelos de consulta representativos da relação centrada no paciente e da sua participação, de uma perspetiva biopsicossocial centrada na pessoa, baseados nos aspetos comunicativos e relacionais e que robustecem a relação terapêutica, são o Calgary Cambridge Guide (1996), o Kalamazoo Consensus Statement (2001), o modelo de Pendleton e outros (2003) e os *sete passos da consulta*, de Ramos (2009).

Diferenciando os modelos que se baseiam em escalas ou em *checklists*, Schirmer e outros (2005) estabelecem uma diferença entre elas: enquanto as *checklists* são “a ferramenta preferida quando o objetivo é avaliar as competências de comunicação” (p. 191), fornecendo definições claras de comportamentos (nas quais se inclui o KCS, 2001),

as escalas são, geralmente, usadas para aprimorar a perícia da comunicação médica (p. 191).

O Calgary Cambridge Guide-CCG (1996-2002) é um guia para a entrevista médica relacionado com o processo de comunicação, baseado numa *checklist* orientadora e usado também como orientação para os estudantes das áreas da saúde (Kurtz & Silverman, 1996; Silverman, Draper & Kurtz, 1997). Criado inicialmente por Kurtz e Silverman em 1996, foi reforçado em 2002. O CCG contém seis passos-chave: 1) iniciar a sessão; 2) juntar informação; 3) construir o relacionamento; 4) providenciar estrutura; 5) explicar e planear; 6) encerrar a sessão, integrando um conjunto de 71 itens orientadores da comunicação entre os envolvidos, durante a consulta. Os próprios autores do CCG (1996-2002) reconhecem que é demasiado extenso: porque o que pretenderam com esta *checklist* foi “fazer com que os alunos percebessem a utilidade do guia [CCG] sem serem, à partida, desencorajados pelas 71 competências individuais do processo de comunicação” (Silverman e outros, 2013, p. 16). Acrescentam que, embora “esse número de competências possa parecer assustador à primeira vista”, não quiseram simplificar a comunicação clínica, dado ser um campo complexo e desafiador, afirmando: “não faríamos justiça se reduzíssemos o guia a apenas algumas competências” (Silverman e outros, 2013, p. 16).

O CCG (1996) é, sobretudo, uma ferramenta concebida para ser utilizada durante a aprendizagem médica, sendo uma “educativa” dentro dos guias de observação (Kurtz & Silverman, 1996). Em 2003, Silverman e outros (2013) introduziram melhorias no CCG para que o processo de ensino-aprendizagem (médicos-estudantes) ficasse facilitado, no que se refere a concretizar o que deve acontecer numa entrevista em saúde e como as competências de comunicação e o exame físico se articulam de forma integrada (p. 17).

O Kalamazoo Consensus Statement-KCS (2001) é outro guia de consulta também relacionado com as preocupações no uso da comunicação durante a consulta e teve origem em 1999 na conferência Bayer-Fetzer (em Kalamazoo, Michigan, Estados Unidos da América). Nessa reunião de 21 peritos nas áreas de medicina e comunicação (em Kalamazoo, 1999), pretendeu-se um consenso sobre uma lista “de elementos que caracterizariam uma comunicação eficaz em vários contextos clínicos” (Makoul, 2001) e

fornecer exemplos tangíveis de competências que seriam úteis para as organizações e profissionais de saúde e apropriadas para o ensino (p. 390).

Tal como o CGG (1996), o KCS (2001) prevê os comportamentos comunicativos em saúde em sete fases da interação profissional-paciente (Makoul, 2001). As fases mandatórias do KCS são: 1) construir a relação; 2) abrir a discussão; 3) juntar a informação; 4) compreender a perspetiva do paciente; 5) partilhar informação; 6) procurar acordo sobre os problemas e os planos e 7) encerrar a consulta. Se os objetivos iniciais do CCG (1996) foram criar uma ferramenta educativa de comunicação, em saúde, para que os estudantes de medicina compreendessem a sua importância, aplicada às várias fases da consulta, o KCS (2001) mais reduzido na sua extensão é uma ferramenta mais prática para, por exemplo: “encorajar a parceria”, “ouvir ativamente”, encorajar questões”, “encorajar decisões” (quadro 10).

Quadro 10. Fases do Kalamazoo Consensus Statement

FASES	DESCRIÇÃO
1. Estabelece a relação	Encoraja a parceria entre o profissional e o paciente Respeita a participação ativa do paciente na tomada da decisão
2. Abre a discussão	Permite que o paciente complete as suas ideias Extraí do paciente as suas totais preocupações Estabelece e mantém uma relação pessoal
3. Junta informação	Usa questões abertas e fechadas de forma apropriada Estrutura, clarifica e sumariza a informação Ouve ativamente usando técnicas não verbais e verbais
4. Compreende a perspetiva da doença do paciente	Explora fatores contextuais (família, cultura, género, estado social) Explora crenças, preocupações e expectativas sobre saúde e doença Responde e educa as ideias do paciente, sentimento e valores
5. Partilha informação	Usa a linguagem que o paciente compreenda Verifica a compreensão (<i>teach-back</i>) e encoraja as questões
6. Chega a acordo sobre problemas e planos	Encoraja a decisão do paciente Verifica a vontade e a capacidade de seguimento Identifica a lista de recursos e suporte
7. Faz o encerramento	Pergunta se tem mais preocupações Sumariza e discute o <i>follow up</i> (agendamento da próxima visita)

Fonte: Baseado em Makoul, 2001; Schirmer e outros, 2005.

Egener e Cole-Kelly (2004) criticam o KCS por ser necessário incluir na consulta uma maneira eficaz de medir a tarefa de entender a “essência da visita” (p. 509) na perspetiva do paciente e não apenas na do profissional. Referem, ainda, que “embora o Kalamazoo Consensus Statement identifique as principais tarefas e o subconjunto de

competências necessárias para a comunicação, torna-se necessário identificar e medir a competência, que consiste em “compreender a verdadeira essência ou significado da visita”, e essa competência “deve ser adicionada à lista de competências principais” (Egener & Cole-Kelly, 2004, p. 509). A competência de recolha de informação é desenvolvida através de uma boa observação e de competências não verbais, que são críticas para facilitar essa "essência", que é mais difícil de medir no encontro (Egener & Cole-Kelly, 2004, p. 509).

Inspirando-se nas ferramentas anteriores, de utilização da comunicação nas várias fases da consulta, e dois anos depois do KCS (2001), Pendleton e outros (2003) estruturam um modelo de consulta cujas tarefas passam também pelas diversas fases da consulta, desde a abertura ao fecho. Neste modelo, procura-se avaliar os motivos que levam o paciente à consulta, assim como os riscos, apoiar a decisão partilhada com o paciente na qual a compreensão é importante, dentro de um espaço temporal que também deve ser considerado (Pendleton e outros, 2003). Os passos do modelo de Pendleton e outros (2003) consistem em: 1) definir os motivos da presença do paciente, incluindo a natureza e a história dos problema, as suas ideias, preocupações e expectativas, bem como os efeitos dos problemas; 2) considerar outros problemas e riscos; 3) escolher com o paciente uma ação apropriada para cada problema; 4) alcançar a compreensão partilhada do problema; 5) envolver o paciente na gestão e encorajá-lo a aceitar essa responsabilidade; 6) utilizar o tempo e os recursos adequadamente e 7) estabelecer ou manter um relacionamento com o paciente que o ajude a realizar as outras tarefas (p. 3).

Nos *sete passos da consulta* de Ramos (2009), que “começou por ser, em 2005, um pequeno exercício de apoio à formação de internos da especialidade, no Centro de Saúde de Cascais” (p. 208), em que “cada episódio de consulta é decomposto em três fases e sete passos: uma fase inicial – preparação e primeiros minutos (inclui preparação, chamada ao encontro, cumprimento e acolhimento da pessoa, deteção de indícios, motivos, acerto de agendas); segue-se uma fase intermédia com três passos: exploração, avaliação e plano (EAP) e, na fase final, procede-se ao encerramento da consulta e a uma reflexão. Reconhece-se neste modelo os contributos de vários autores,

entre eles o modelo de Pendleton e outros (2003), o de Neighbour (1999), o CCG (1996) e o KCS (2001).

Vários autores, ao longo dos anos, como Tickle-Degnen e Rosenthal (1990), Frankel e Stein (1999), Aspegren e Lønberg-Madsen (2005), Schirmer e outros (2005), Mauksch e outros (2008), Finset e Mjaaland (2009), Ramos (2009), com base no CCG (1996) e no KCS (2011), têm vindo a validar e a reforçar estes modelos de consulta, acrescentando alguns aspetos considerados mais relevantes.

Tickle-Degnen e Rosenthal (1990) incidem particularmente no *rapport* e referem que envolve três aspetos essenciais: uma atenção mútua entre as partes, uma qualidade de reciprocidade e equilíbrio na interação e uma positividade geral no relacionamento. Sobre o *rapport*, Mauksch e outros (2008) concordam e apontam para a importância da sua construção como um dos domínios-chave para melhorar a eficiência da comunicação, dependendo fortemente da comunicação não verbal, considerada um bom preditor de várias medidas de resultados, como a satisfação do paciente, adesão e resultado clínico.

Para Aspegren e Lønberg-Madsen (2005), as tarefas mandatórias do profissional de saúde, que permitem uma inter-relação construtiva, são as correspondentes às definidas tanto pelo CCG (Kurtz e outros, 1998) como pelo KCS (2001) com incidência na entrevista e na prestação de informação ao paciente. Para estes autores, as tarefas obrigatórias são: 1. iniciar a sessão; 2. recolher informações; 3. construir o relacionamento; 4. explicar e planear; e 5. fechar a sessão (Aspegren & Lønberg-Madsen, 2005, p. 539). Para além da entrevista, informações e competências, o profissional tem que executar, ainda, um conjunto de sub-tarefas, como: definir a agenda, ouvir, facilitar respostas, resumir e fazer declarações transitórias (Aspegren & Lønberg-Madsen, 2005, p. 539).

Assim, quanto ao *início da informação*, Aspegren e Lønberg-Madsen (2005) vão um pouco além da *checklist* elaborada em 1996 por Kurtz e outros (1998), detalhando alguns pormenores da ação comunicativa, como: o médico apresenta-se e pergunta o nome do paciente; dá as boas vindas e mostra ao paciente onde se sentar; explica o propósito da conversa; verifica a compreensão do paciente sobre a proposta e estabelece um determinado tempo para a conversa. Nesta altura, há um caminho

comunicativo de tarefas específicas que o profissional deve fazer, mas não há o destaque das competências de comunicação, isto é, como fazer.

Aspegren e Lønberg-Madsen (2005) verificam que, na prática, existem falhas no passo de *dar informação*, uma vez que tanto os estudantes como os profissionais informam o paciente sem atender à sua compreensão, visão e emoções (p. 541). Por outro lado, estes autores verificam resultados positivos nas tarefas biomédicas, como dar o prognóstico e diagnóstico e explicar resultados dos testes (Aspegren & Lønberg-Madsen, 2005, p. 541).

Schirmer e outros (2005) acrescentaram aos sete passos do KCS (2001) dois momentos: como lidar com um membro da família e a eficiência da entrevista, relacionados com o contexto familiar do paciente, e os resultados da relação terapêutica. Entre os 15 instrumentos avaliados por estes investigadores, salienta-se o CCG (Kurtz e outros, 1998; 2003), o Four Habits (Frankel & Stein, 1999) e o SEGUE (Makoul, 2001), entre outros, que se preocupam com as questões da comunicação nas várias fases da consulta. Em 2008, Mauksch e outros agregam um novo momento ao KCS (2001), que consiste no *seguimento do tópico da consulta*, no qual se destaca a importância de dar à construção da relação, à comunicação e à confiança que se pretende estabelecer com o paciente.

Numa revisão da literatura sobre a comunicação na relação terapêutica e a avaliação da eficiência, Mauksch e outros (2008) classificaram, de forma independente, nove publicações das quais emergiram três domínios que consideraram aumentar a eficiência da comunicação e, por isso, também as competências dos profissionais de saúde, e que se consubstanciam em 1) a construção do *rapport*, que consideram depender fortemente de pistas não verbais, já confirmado por Tickle-Degnen e Rosenthal (1990); 2) o estabelecimento da agenda do paciente; e 3) o reconhecimento de pistas sociais ou emocionais.

Nørsgaard (2011) refere que a comunicação em saúde é um processo social multifacetado em que os profissionais fazem conversação social, mas não usam as competências específicas, apesar de terem muitos anos de experiência (Aspegren & Lønberg-Madsen, 2005, p. 539). Num estudo experimental natural com 29 alunos de psicologia médica e 23 médicos da Universidade de Copenhaga, verificaram que tanto

os estudantes como os profissionais tinham um grau baixo de profissionalismo em vários momentos da relação terapêutica. Este “grau baixo de profissionalismo” manifestou-se em vários passos da consulta, como no início da sessão; na organização; na transição das declarações; nas habilidades de questionamento (questões abertas e fechadas e sumarização dos dados); na documentação dos dados; no estabelecimento da relação (aqui, deveria ser sensível e responsivo às preocupações do paciente, ou encorajá-lo) (Aspegren & Lønberg-Madsen, 2005, p. 541).

Aspegren e Lønberg-Madsen (2005) descrevem o que consideram ser as “microhabilidades de questionamento” (p. 540), que implicam a) uma progressão suave da conversa; b) a lembrança dos dados; c) colocação de questões claras sem jargão; d) usar questões abertas e fechadas; e) sumarizar os dados, que permitem entrar no segundo passo da consulta no qual se consolida o estabelecimento da relação (p. 540). Os autores reforçam ainda que, no decurso da relação em saúde, o profissional não deve fazer interrupções desnecessárias, deve manter o contacto ocular com o paciente, reforçá-lo positivamente, ser sensível, responsivo e encorajá-lo a colocar questões no final da entrevista (Aspegren & Lønberg-Madsen, 2005). Similarmente ao CCG (1996), no processo de *documentação de dados* junto do paciente, é também importante que o profissional organize o seu tempo, obtenha a documentação detalhada e transite entre os assuntos prioritários (Aspegren & Lønberg-Madsen, 2005, p. 539),

Aspegren e Lønberg-Madsen (2005) incidem, particularmente, no processo informativo prestado ao paciente e mostram que tanto os estudantes como os médicos não treinados têm um padrão “notavelmente semelhante” no alto grau de profissionalismo em itens relacionados com a conversação social e um baixo grau de profissionalismo quanto às competências necessárias para estruturar e gerir a entrevista e as informações (Aspegren & Lønberg-Madsen, 2005, p. 541).

Tanto o CCG (1996), como o KCS (2001) e o modelo de Pendleton e outros (2003), têm servido de referência a investigadores e a profissionais no terreno, como a Aspegren e Lønberg-Madsen (2005), a Mauksch e outros (2008), a Schirmer e outros (2005), que defendem a relação interpessoal em saúde, centrada no paciente e numa partilha dinâmica (Mead & Bower, 2000).

Entre as dimensões dos modelos centrados no paciente, destacam-se 1) a perspectiva biopsicossocial, que também inclui a dimensão psicológica da saúde; 2) a visão do paciente como pessoa e a compreensão da experiência do indivíduo na doença e, por isso, exigindo também a humanização (Paterson & Zderad, 1976, 1988) de toda a relação; 3) a partilha de poder (Pendleton e outros, 2003, p. 50) e de responsabilidade na consulta, num equilíbrio relacional de simetrias (Bruning & Ledingham, 1998); 4) a aliança terapêutica, reconhecendo outras dimensões da relação e do seu potencial terapêutico, para além da sua gestão, e 5) a apresentação do profissional de saúde como pessoa, com o seu contributo para a construção da relação (Leventhal & Cameron, 1987).

Martin e DiMatteo (2014) realçam a importância dos comportamentos em saúde, que representam a maior proporção de variação nos seus resultados, sendo que grande parte do fracasso em alcançar resultados ótimos de saúde se deve à falha das ações de saúde que envolvem a adesão (ou não adesão) dos indivíduos a comportamentos saudáveis e a programas de tratamento (p. 1). De acordo com o exposto, infere-se que os comportamentos humanos, sem competências de base, e dentro destas, as competências comunicativas, tornam os comportamentos erráticos, sem foco nos resultados, não permitindo obter-se por parte dos pacientes as tais *decisões acertadas* sobre a sua saúde (Sørensen e outros, 2012).

Verifica-se que os diferentes estilos de consulta, apoiados no modelo biopsicossocial (Engel, 1981), integram componentes equilibradas de razão e emoção (Pina, 2003, Romek, 2003; Wonca, 2002) e procuram solução para a melhoria da relação terapêutica, em particular do bem-estar e da saúde do paciente (Wonca, 2002). Existindo uma consciência sobre a importância das emoções e sentimentos durante a relação terapêutica (Pina, 2003, Romek, 2003; Wonca, 2002), Taylor, Parker e Bagby (1999) defendem o uso da inteligência emocional, que abrange a perceção e a avaliação de comportamentos emocionais não verbais, incluindo sensações corporais evocadas pela excitação emocional, bem como expressões faciais, tom de voz e gestos exibidos por outros (paciente/profissional) (p. 340).

Através dos vários modelos anteriormente apresentados, foi proposto ao longo dos anos uma contínua melhoria da organização e conteúdos da consulta, estruturada

em fases distintas, mas evidenciando os momentos-chave que incluem: 1) a abertura; 2) o desenvolvimento e 3) o encerramento da consulta, e na qual deve estar presente um conjunto de condições anteriormente apontadas, que caracterizam o sucesso das relações interpessoais (Aspegren & Lønberg-Madsen, 2005; Bruning & Ledingham, 1998, 2002; Pendleton e outros, 2003; Pina, 2003, Ramos, 2009; Tuckett, Boulton, Olson & Williams, 1985).

3.3. À procura de um modelo de comunicação para a relação terapêutica

Faz-se uma reflexão, a partir da revisão da literatura, sobre os modelos de comunicação a empregar no contexto da relação terapêutica.

3.3.1. O modelo de decisão centrada no paciente

O modelo do cuidado centrado no paciente, que perspetiva a sua participação como elemento ativo da relação, teve as suas raízes em Szasz e Hollender (1956), caracterizando-se por haver poderes aproximadamente iguais entre profissional e paciente, numa interdependência mútua e atividades satisfatórias para ambos (p. 587). Este modelo caracteriza-se “fundamentalmente por uma baixa tecnologia e elevado toque” (Frampton e outros, 2008, p. 8).

Foi o Picker Institute que cunhou a expressão *cuidado centrado no paciente* (Frampton e outros, 2008), referindo que “não substitui um medicamento excelente, mas complementa a excelência clínica através de parcerias eficazes e da comunicação” (Bauchat, Seropian & Jeffries, 2016, p. 356; Frampton e outros, 2008, p. 4).

O modelo de cuidado centrado no paciente está na consciência de quase todos os serviços de saúde (Frampton e outros, 2008, p. 4), sendo um elemento-chave para melhorar a qualidade do atendimento em termos de relacionamento terapêutico, participação do paciente e processo de tratamento (Maatouk-Burmann e outros, 2016; Zandebelt, 2007). O processo de execução deste modelo pressupõe uma decisão partilhada, isto é, o envolvimento do paciente na decisão sobre o seu tratamento, com base nas suas preferências e valores, com vista a atingir determinados resultados face

às opções de tratamentos (Elwyn e outros, 2012). O National Research Council (2001) elenca as características do cuidado centrado no paciente, considerando que deve ser respeitoso, responsivo às preferências, necessidades e valores do paciente, assegurando que os seus valores guiam todas as decisões clínicas (Ishikawa, Hashimoto & Kiuchi, 2013).

Este modelo, ao envolver o paciente na decisão, exige uma maior e mais complexa organização psicológica e social, da parte de ambos os participantes, podendo não ser aplicável no caso de pessoas com baixa educação ou profundamente imaturas (pacientes com BLS) (Szasz & Hollender, 1956, p. 587) e sendo mais adequado para pessoas com mais experiência e maior nível educacional, em geral. Para as pessoas com este perfil (experiência e nível educacional mais elevado), o modelo torna-se mais apropriado devido à existência de um conjunto de características comuns aos interlocutores, isto é, médico e paciente (p. 587). Também Altin e Scott (2016), utilizando uma amostra aleatória de 1 125 adultos alemães, através de uma pesquisa transversal, chegam à mesma conclusão de que este tipo de decisão partilhada funciona melhor em indivíduos com uma literacia adequada e produz mais satisfação no relacionamento do paciente com o clínico geral (p. 1).

Tanto o modelo do cuidado crónico de Hibbard (2003), como o de Pendleton e outros (2003) e o de Elwin e outros (2010) dão ênfase ao sentido de partilha, que visa como resultado pacientes mais bem informados, automotivados e, ao mesmo tempo, profissionais proativos e multidisciplinares, com respostas a valores, necessidades e preferências dos seus pacientes (Hibbard, 2003, p. 610; Pendleton e outros, 2003, p. 50).

Pendleton e outros (2003) descrevem os seis comportamentos centrados no paciente, em que as tarefas do profissional são claras e passam por: 1) explorar em conjunto a experiência da doença e as expectativas, sentimentos e ideias do paciente; 2) compreender a pessoa no seu todo, no seu contexto (a sua história e desenvolvimento pessoal); 3) encontrar um terreno comum nessa gestão (problemas e prioridades, objetivos do tratamento, papéis de cada um, explicações); 4) incorporar a prevenção e a promoção da saúde (desenvolvimento da saúde, redução do risco, deteção prévia da doença); 5) melhorar a relação interpessoal tendo em conta as características da relação terapêutica, a partilha de poder, a relação de cuidado e de cura, a autoconsciência e a

exploração dos obstáculos e das barreiras à adesão (p. 34); e 6) ser realista (ter em conta o tempo, os recursos e a construção de parceria com o paciente) (p. 50).

A decisão centrada no paciente pressupõe um processo interpessoal complexo, numa constelação de significados subjetivos, que guiam cada um dos três componentes de tomada de decisão partilhada (Hulsman & Visser, 2013) e que são as seguintes: 1) as informações devem equilibrar-se entre tudo o que há para saber e o que esse paciente específico precisa saber; 2) as decisões devem equilibrar-se, pesando todas as opções importantes, orientadas pelos conhecimentos cognitivos e emocionais e recursos do paciente; 3) as decisões têm uma dinâmica interpessoal, reconhecendo-se que a decisão final poderá ser difícil (p. 146). Neste âmbito, os profissionais de saúde e os pacientes partilham as melhores evidências disponíveis quando confrontados com a tarefa de tomar decisões, sendo os pacientes apoiados e informados nas suas opções e preferências (Elwin e outros, 2010).

Através de um estudo experimental (Maatouk-Burmann e outros, 2016), com 42 médicos – 21 no grupo experimental e 21 no de controlo –, foram avaliadas as alterações introduzidas pelos clínicos durante as suas rotinas, após uma formação em comunicação, de três dias, no seu local de trabalho, entre 2008 e 2009. O comportamento de comunicação dos médicos foi avaliado através do Roter Interaction Analysis System – RIAS – (Roter & Larson, 2002) e, após três meses de intervenção, verificou-se que os médicos, previamente treinados, tinham aumentado a utilização do método de decisão centrada no paciente, concluindo-se que a formação em comunicação tinha melhorado significativamente esta gestão durante a prática clínica (Maatouk-Burmann e outros, 2016, p. 117).

A tomada de decisão partilhada deve ser vista como um processo (Altin & Stock, 2016, p. 2), em que profissionais e pacientes partilham a melhor evidência. Para Elwin e outros (2010), a tomada de decisão depende da construção de um bom relacionamento no encontro clínico, para que as informações sejam partilhadas e os pacientes sejam apoiados a deliberar e expressar as suas preferências e opiniões durante este processo. Para realizar essas tarefas, Elwin e outros (2010) propõem um modelo deliberativo, no qual as decisões são influenciadas pela conversa e pelo respeito. Este modelo baseia-se na escolha, opção e discussão da decisão em três

etapas: 1) a introdução da escolha, 2) a descrição de opções com o apoio à decisão do paciente e 3) o apoio ao paciente para que explore as preferências e, depois, tome decisões, devendo-se, nesse sentido, perguntar *o que é que mais importa?*, sendo que a conversa depende de preferências informadas (Elwin e outros, 2010).

O processo comunicativo está presente na melhoria da tomada de decisão pelos pacientes, passando por haver mais diálogo sobre os benefícios e riscos, bem como auscultação das opiniões dos pacientes sobre os medicamentos prescritos e as suas competências para seguir os planos de tratamento (Makoul e outros, 1995, p. 1241).

Sobre as vantagens da comunicação centrada no paciente, Mauksch e Roesler (1990), Stewart (1984), Zandebelt e outros (2007) destacam que: 1) é facilitadora das interações e dos comportamentos; 2) permite que os pacientes expressem a sua perspetiva da doença; 3) os profissionais de saúde controlam os seus comportamentos inibidores (crenças); 4) os profissionais encorajam os pacientes a colocar questões, falar dos sintomas, preocupações, ideias e expectativas; 5) há um reforço da confiança e compromisso do paciente para gerir o seu estado de saúde; 6) promove uma melhoria na adesão ao tratamento; 7) estimula o uso de uma linguagem perceptível para o paciente, mostrando respeito pela pessoa e permitindo o desenvolvimento de competências linguísticas, comportamentais, tanto cognitivas como emocionais, conducentes ao que é a finalidade terapêutica e a verdadeira missão do profissional de saúde. Daqui, conclui-se que existe um verdadeiro sentido de partilha e reciprocidade numa relação que se pretende equilibrada e de conhecimento mútuo.

Num estudo efetuado por Zandebelt e outros (2007), para avaliar a relação entre a comunicação centrada no paciente, efetuada pelos médicos, e a satisfação dos pacientes, efetuado entre 2001 e 2002, tendo envolvido 30 médicos e 323 pacientes, os resultados mostraram que o comportamento facilitador dos médicos esteve associado a uma maior satisfação dos pacientes com maiores dificuldades de comunicação com o profissional. Também, em testes aleatórios da comunicação profissional-paciente, Stewart (1995) verificou que os “métodos” centrados no paciente melhoram a sua saúde (p. 34). Bass e outros (1986), num estudo com 193 pacientes de cuidados primários com infeção comum não respiratória, concluem que a concordância com o paciente sobre a natureza do problema predizia a resolução dos sintomas do paciente em um mês.

Também o processo comunicacional de recolha da história clínica do paciente, assim como da discussão do plano de tratamento, se for centrado no paciente, influencia positivamente os resultados de saúde (Pendleton e outros, 2003, p. 34).

O estudo de Kremer e outros (2007) também comprova a importância da decisão partilhada em saúde. Num estudo transversal com 79 pacientes, considerando o tratamento antirretroviral (ART) numa avaliação da compreensão e do acordo do paciente sobre este tratamento, Kremer e outros (2007) concluem que, quando os médicos tomam decisões unilateralmente, perante pacientes, que preferem decisões partilhadas, existe maior conflito decisório (53%). Entre outras conclusões, verifica-se que a maioria dos médicos não envolve os pacientes na tomada de decisão.

Também no estudo retrospectivo elaborado por Milky e Thomas (2019), em que se avaliou a decisão partilhada, usando os dados do painel de despesas médicas de 2011 a 2014, numa amostra ponderada de 797 entrevistados representativa de 15,6 milhões de pessoas com diabetes, observa-se que uma alta decisão partilhada esteve associada a uma maior satisfação dos pacientes com os seus cuidados de saúde (Milky & Thomas, 2019). Em contrapartida, o perfil dos indivíduos com uma baixa decisão partilhada são os seguintes: ser idoso, ser homem ou não ter seguro. É também nos pacientes com doença crónica (que se encaixam no anterior padrão, como os idosos ou homens) que Zoffmann, Harder e Kirkevold (2008), num estudo qualitativo, verificam que a comunicação promotora da decisão partilhada (paciente-profissional) associa-se a uma melhor gestão da doença crónica e a uma maior satisfação do paciente com o cuidado (Altin & Scott, 2016).

Ainda sobre os resultados em saúde, Greenfield e outros (1985) relatam que a tomada de decisão partilhada tem benefícios potenciais na melhoria, no estado de saúde percebido e na qualidade de vida de pacientes com diabetes (Milky & Thomas, 2019). Unindo estes fatores do cuidado e da decisão centrada no paciente, Street (2007) advoga que a tomada de decisão é “fundamentalmente uma atividade comunicativa” (p. 552).

Realça-se a natureza recíproca das interações e dos objetivos de ambos os participantes, em que o *feedback* provém de cada um (codificação/decodificação), havendo influência das emoções e cognições na perceção, interpretação e planeamento

das respostas (Argyle, 1994). Em síntese, pode considerar-se pelo menos três elementos-chave na decisão partilhada: a tomada de decisão (Elwin e outros, 2010), o *feedback* do profissional de saúde (Pendleton e outros, 2003) e a comunicação que permite melhorar a participação do paciente na tomada de decisão (Mauksch & Roesler, 1990; Stewart, 1984; Zandebelt e outros, 2007) (quadro 11).

Quadro 11. Elementos da decisão centrada no paciente, *feedback* e comunicação

Decisão centrada no paciente		
Elementos		
Tomada de decisão	<i>Feedback</i>	Comunicação
Conversa Diálogos sobre riscos e benefícios Discussão da decisão Escolha das opções Opção Respeito	Descritivo Específico Seletivo Sensível Temporal	Contribuidora para os resultados em saúde Controlo das crenças Encorajamento das questões Expressão das perspetivas individuais Facilitadora das interações e comportamentos Promoção da adesão Reforço da confiança Uso de linguagem adequada

Fonte: Baseado em Mauksch e Roesler, 1990; Makoul e outros, 1995; Pendleton e outros, 2003; Stewart, 1984; Zandebelt e outros, 2007.

3.3.2. Uma perspetiva cronológica dos modelos comunicacionais em saúde

Interligando o papel ativo do profissional, a importância da comunicação na relação, que inclui a *conversa de cuidado* (Greenhalgh & Heath, 2010), e os princípios do modelo biopsicossocial de Engel (1977, 1978) centrado na pessoa e não na tarefa (Bach & Grant, 2009, p. 13) vários autores propuseram um conjunto de modelos comunicacionais em saúde, que privilegiam a relação comunicativa entre profissional e paciente para melhores resultados em saúde e satisfação do paciente (Benson, 2014; Duldt, Giffin & Patton, 1983; Leininger, 1968, 1997; Harrington & Valerio, 2014; Keller & Carroll, 1994; Kreps, 1988; Makoul, Krupat & Chang, 2007; Paterson & Zderad, 1976; Query & Kreps, 1996; Ratzan, 1994; Windover, Boissy, Rice e outros, 2014; Wright e outros, 2013).

Numa perspetiva cronológica da abordagem aos modelos relacionais e de comunicação em saúde, Leininger (1968, 1997), no âmbito da teoria transcultural de cuidado ou teoria da diversidade do cuidado e da cultura (p. 34), refere que não há cura

sem cuidado, e que, quanto mais presentes estiverem os elementos tecnológicos do cuidado, maior é a distância interpessoal entre “a enfermeira” e o paciente e menor a satisfação deste (Raingruber, 2014, p. 76). Leininger (1997) defende uma perspectiva comparativa, multicultural e holística (p. 34) e vê o cuidado como conforto, apoio, confiança e alívio do stress.

Weick (1979), por seu turno, no seu modelo de competência comunicativa introduz o conceito de *incerteza*: os atores da organização (profissionais de saúde) reduzem a incerteza através do uso de regras da organização e de comunicação com vista a melhorar a compreensão do seu paciente. A incerteza é comparada aos *equivocos*, indo assim beber ao conceito de assertividade, que implica a confiança que reduz da incerteza (Holmes & Rempel, 1989; Luhmann, 1979). É através do profissional de saúde, que adapta as regras ao perfil do seu paciente, que se consegue obter um grau “sem equívoco e de certeza”.

O modelo de Weick (1979) adapta a teoria da evolução sociocultural (que descreve os processos pelos quais as pessoas se adaptam às mudanças nas suas relações sociais e culturais para sobreviver) em três fases que enformam o processo de comunicação: a regulamentação, a seleção e a retenção (Kreps, 2009, p. 348; Raingruber, 2014, p. 71). Os processos de regulamentação são usados para entender os diferentes desafios relacionados com a saúde, já os processos de seleção são usados para escolher diferentes cursos da ação, em resposta a esses desafios e as decisões concentram-se em aumentar a compreensão da comunicação pelo paciente (Raingruber, 2014, p. 71). Os processos de retenção, por sua vez, são usados para preservar o que foi aprendido nos processos de regulamentação e seleção, criando um repositório de experiências sobre o que resultou e não resultou para orientar futuros cuidados de saúde /promoção de atividades (Kreps, 2009, p. 348).

Centrados na enfermagem, Duldt e outros (1983) desenvolveram a teoria da comunicação da enfermagem humanística (1983) com base na teoria da enfermagem humanística (Paterson & Zderad, 1976, 1988). Focam-se exclusivamente na comunicação interpessoal entre “a enfermeira”, paciente, pares e colegas, realçando que uma comunicação humanizadora movimenta o paciente numa direção positiva face a uma situação crítica de vida. Dependendo do grau em que alguém recebe uma

comunicação humanizadora dos outros, assim tenderá, nesse grau, a sentir-se reconhecido e aceite como ser humano (Duldt e outros, 1983, p. 4).

Kreps (1988) destaca, no seu modelo relacional de competências em saúde, uma perspetiva integradora na aplicação do conhecimento em comunicação em saúde para melhorar a qualidade e a prática da comunicação em saúde (p. 344). As competências em comunicação levam a uma maior comunicação terapêutica, apoio social, satisfação, troca de informação e cooperação (Query & Kreps, 1996, p. 336). Kreps (1988) estipula que é, ao nível interpessoal da comunicação em saúde, que as relações com significado são estabelecidas entre os que procuram e os que fornecem serviços de cuidados de saúde (p. 344). Query e Kreps (1996) fazem um teste ao modelo relacional de competências em saúde de Kreps (p. 335), examinando as relações entre as competências de comunicação, o apoio social e a depressão de cuidadores de pessoas com Alzheimer. Demonstram que a competência de comunicação dos cuidadores relaciona-se, de forma positiva, com os resultados psicológicos de saúde, contribuindo para diminuir a depressão (p. 335).

Em 1988, Kreps destacava que existia “uma nova e intrigante área de pesquisa em comunicação em saúde examina as funções de apoio social da comunicação interpessoal nos cuidados de saúde” (p. 347). Ancorando-se em Albrecht e Adelman (1984), Dickson-Markman e Shern (1984), Droge, Arntson e Norton (1981), Gottlieb (1981) e Query (1987), Kreps (1988) refere que “esses estudos demonstraram a necessidade de contatos expressivos de comunicação [de âmbito] social com os pacientes para ajudar a manter o bem-estar em saúde, individual e psicológico” (p. 347). Apoiados no modelo relacional de Kreps (1988) e Query e Kreps (1996), também Wright e outros (2013) avaliam o efeito do apoio face a face e do uso da rede social *online* Facebook em 361 estudantes de uma universidade do sudeste dos EUA (p. 48) que participaram num inquérito (p. 47). Wright e outros (2013) verificaram a consistência do modelo de Kreps (1988), notando que os resultados indicam que o aumento da competência em comunicação (competência presencial e mediada por computador) prevê uma maior satisfação na rede de suporte social e menores níveis de depressão (p. 52).

Atendendo à força que os comportamentos comunicativos assumem na relação em saúde, Keller e Carroll (1994) propõem o modelo E4 para a comunicação entre o profissional e o paciente e provaram, entre 1989 e 1994, que o Modelo E4 se traduziu numa ferramenta útil em mais de 500 *workshops* com mais de 8000 médicos no total (p. 134). Mais do que apenas “curar”, há forças psicológicas, sociológicas e comportamentais associadas à comunicação, presentes na entrevista médica (Keller & Carroll, 1994, p. 134). A comunicação entre profissional e paciente assenta em três perspetivas: a) os papéis e, segundo Emanuel e Emanuel (1992), o médico pode ser paternalista, informativo, interpretativo e deliberativo; b) a filosofia e c) o comportamento dos profissionais de saúde (Keller & Carroll, 1994, p. 132). Existe, no Modelo E4 (Keller & Carroll, 1994), um conjunto de quatro “tarefas” (p. 134) ou passos de comunicação ou para estabelecimento do relacionamento, que devem ser realizadas nos encontros clínicos e cada uma dessas tarefas requer competências específicas (p. 134).

Em primeiro lugar, Keller e Carrol (1994) referem que é preciso haver envolvimento humano, em que o médico aceita que tem conhecimentos diferentes do paciente, e o paciente é o único que conhece a história pessoal da doença (p. 135). Neste envolvimento, “a troca de Informação e o significado só ocorrerão, se o paciente e o médico estiverem ativamente envolvidos no processo de comunicação” (p. 134). Em segundo lugar, a empatia, que pode ser aprendida pelo profissional, e mostrada através da sua consciência sobre os valores e sentimentos do paciente, aceitando-o e estando “presente” sendo sugerida pelos autores (1994) a linguagem não verbal (p. 136). Em terceiro lugar, a educação do paciente. Os pacientes não entram no encontro médico como “ardósias em branco” (Keller & Carrol, 1994, p. 137). Os pacientes podem ter um “mapa da realidade” (p. 137) incompleto ou diferente e a tarefa educacional do médico é explorar esse mapa e apresentar a visão do profissional sobre a situação (p. 137). Mas é o mapa do paciente que é central e vai afetar o comportamento do paciente, e não o mapa do médico (p. 137). E, finalmente, em quarto lugar, juntar/alistar a informação (p. 136). O profissional tem um vocabulário único e conhecimento e, por isso, está apto a resolver problemas (Keller & Carroll, 1994, pp. 134-135; Kim & Grunig, 2011), enquanto o paciente tem a experiência da doença e pode contar a sua narrativa. O profissional

deve compreendê-lo e encorajá-lo a contar essa história e não deve interrompê-lo durante dois ou três minutos (Keller & Carroll, 1994, p. 135).

Outro dos modelos de comunicação em saúde, baseado no encontro diádico com atos de comunicação intensivos (Ratzan, 1994, p. 230), é o modelo *Communication, Options, Alternatives, Standards*-COAST (Ratzan, 1994). O COAST destaca a importância de um processo de comunicação ético e efetivo entre o profissional e o paciente (p. 226). Através de uma comunicação intensiva, procede-se a uma troca honesta e aberta, da qual emerge uma relação forte e confiante (p. 230). O COAST advoga uma abordagem dialética, com a oportunidade de substituir um fluxo unidirecional existente e transformar, pelo empoderamento, a relação terapêutica entre o profissional e o paciente (Ratzan, 1994, p. 229).

O modelo relacional de competência de comunicação em saúde (Kreps, 1988) é representado graficamente por uma “roda com eixos” (raios), em que o centro da roda representa o consumidor/paciente e os raios representam os vários prestadores de serviços de saúde (profissionais de saúde). Gera-se nesta “roda”, através dos papéis interdependentes de cada um, um nível de competências de comunicação relacional (Kreps, 1988, p. 353) entre os profissionais e os pacientes. É este nível de competências comunicacionais que permite que a “roda” avance para se alcançarem os objetivos de comunicação em saúde, como o aumento da satisfação do relacionamento interpessoal, os resultados da comunicação terapêutica, a cooperação entre profissionais e pacientes, o apoio social e a eficácia na troca de informações (Kreps, 1988, p. 353).

A competência de comunicação em saúde relacional incorpora conhecimento específico do prestador e da comunicação com o consumidor/paciente, assim como outras competências, como a empatia, a escuta sem julgamento, o respeito, a gestão da mensagem, a congruência e a interação (Kreps, 1988, p. 353).

Em 2007 e segundo Makoul e outros (2007), como não havia uma ferramenta clara sobre como medir as competências interpessoais e de comunicação em saúde (p. 333), foi criado o *Communication Assessment Tool* (CAT), que captura a visão do paciente depois dos encontros (em internamento ou ambulatório), em vez de uma recolha de impressões após um certo período. O CAT é uma escala que foi desenvolvida para se obter uma avaliação de comunicação (Makoul e outros, 2007, p. 334) e o seu

processo de desenvolvimento envolveu uma revisão de outros modelos e instrumentos proeminentes no ensino e avaliação das competências de comunicação, tais como o: Patient Satisfaction Questionnaire; Calgary-Cambridge Guides; Consumer Assessment Healthcare Providers Systems-CAHPS; Essential Elements of Communication in Medical Encounters; Patient Centered Clinical Method; Royal College of General Practitioner Consulting Skills Module. A revisão dos instrumentos extraiu uma lista de 30 tarefas de comunicação e algumas com palavras alternativas, como: *não me interrompeu enquanto eu estava a falar* ou *deixou-me falar sem interrupções*. Cada conjunto de tarefas foi refinado com quatro *focus groups*, compostos por uma média de oito pacientes, e vídeo gravados em Chicago (EUA). Destas 30 tarefas, 15 foram retiradas, por serem redundantes ou limitadas, e houve um refinamento: e.g., em vez de *cumprimentou-me apropriadamente*, passou a estar *cumprimentou-me de forma a deixar-me confortável*.

Tendo em conta a componente verbal da relação, a persuasão e a comunicação bidirecional, o modelo *Verbal Exchange Health Literacy* (VEHL), de Harrington e Valerio (2014), centra-se na troca verbal. O VEHL é definido como a capacidade de falar e ouvir que facilita o intercâmbio, a compreensão e a interpretação de informações de saúde para a tomada de decisões em saúde, gestão de doenças e navegação do sistema de saúde (Harrington & Valerio, 2014, p. 403). Para estas autoras, as competências da troca verbal são a chave para a compreensão e uso da informação em saúde pelo paciente (p. 404).

O VEHL baseou-se numa revisão da literatura, numa abordagem à *grounded theory* e no modelo de persuasão de McGuire (1972), em que os profissionais têm uma posição de mais poder como peritos (Harrington & Valerio, 2014, p. 405), e na teoria interacional de Watzlawick e outros (1967), em que a comunicação é uma troca bidirecional composta pelo profissional, como ouvinte e recetor da verbalização (canal) da história que é contada e dos sintomas (mensagem) do paciente (Harrington & Valerio, 2014, p. 405). Suportadas nestas duas teorias (McGuire, 1972; Watzlawick e outros, 1967), Harrington e Valerio (2014) assumem que o modelo VEHL foi projetado para acolher a variabilidade da troca verbal de cada paciente com base no contexto, no problema de saúde e no profissional de saúde. Os fatores que influenciam a troca verbal

incluem o paciente, o profissional, o sistema e as características do relacionamento que impactam os resultados de saúde (Harrington & Valerio, 2014, p. 405).

Com base na importância dos relacionamentos e da humanização do paciente (Paterson & Zderad, 1976, 1988), o modelo *Relationship, Establishment, Development, Engagement* (REDE), de Windover e outros (2014), preconiza que, no centro da comunicação efetiva, está a capacidade de desenvolver relacionamentos significativos com pacientes, com potencial para os profissionais (p. 12).

Windover e outros (2014) propõem uma sistematização das competências de comunicação, como se fosse uma “caixa de ferramentas” (p. 9) e estruturam o REDE numa moldura concetual organizada através de uma base de dados, para ensinar e avaliar relações centradas na comunicação (p. 8). As competências comunicacionais são usadas nas três fases primárias da relação: na preparação, no desenvolvimento e no compromisso final (Windover e outros, 2014, p. 9). O modelo assenta na premissa de que as pessoas formam impressões sobre as outras pessoas muito depressa (Windover e outros, 2014, p. 9) e, quando estabelecem uma relação, por trás existe um “banco de emoções” (p. 9) equivalente a um sistema mental, que faz a ligação emocional ao outro (p. 9). Assim, cada vez que uma ligação é estabelecida, é como se houvesse um depósito feito na conta de emoções dessa pessoa (p. 9), contribuindo para que o profissional de saúde vá construindo uma “conta de emoções” com o paciente e com a família (Windover e outros, 2014, p. 9). Este modelo encoraja o uso da empatia, devendo existir um interesse e uma curiosidade genuínos, que são o passo necessário para construir a relação (Windover e outros, 2014, pp. 9-10).

Está patente em cada um dos modelos, atrás expostos, que a comunicação deve ser utilizada nas relações em saúde, mas deve ser aprendida (CCG, 1996, KCS, Pendleton e outros). Entre os guias orientadores (e.g. CCG, 1996; E4, 1994) e as *checklists* (CAT, 2007; KCS, 2001; REDE, 2014), nota-se o uso tanto da linguagem verbal como da não verbal (e.g. VEHL, 2014), especialmente nas relações em saúde. Os modelos apresentados indicam uma forte componente das características das relações interpessoais, baseando-se nos princípios da teoria relacional (Bruning & Ledingham, 1998), promotora de relações mutuamente benéficas e eficazes, nas quais a persuasão

ou a influência do profissional de saúde é um fator determinante para *levar a bom porto* a ativação e adesão do paciente às instruções em saúde.

3.4. As competências específicas de comunicação do profissional de saúde

As competências de comunicação são fundacionais para o êxito clínico (Benson, 2014) e, tal como as competências gerais, envolvem diversos conhecimentos, capacidades e atributos pessoais (Tench & Konczos, 2013). Na interação profissional-paciente, são utilizadas competências diversas (inatas e aprendidas) que incluem competências clínicas e comunicativas (Hulsman, 2009). Com o objetivo de focalização no paciente, o profissional de saúde desenvolve um conjunto de competências em saúde, também chamadas de cura (técnicas) e de cuidado (comunicativas), que visam a obtenção de melhores resultados em saúde através de um conjunto de mudanças de atitudes e comportamentos do paciente (Cameron, 2013; Greenhalgh & Heath, 2010).

As competências comunicativas dos profissionais de saúde fazem a diferença e aumentam a qualidade das interações com os pacientes (Zoppi & Epstein, 2002), produzindo impactos positivos na satisfação dos pacientes, na adesão terapêutica e no seu autocuidado (Levinson, Lesser & Epstein, 2010). Para Spitzberg (2013), a competência comunicativa é o grau em que um comportamento com significado é percebido como apropriado num certo contexto (p. 130), pelo que uma pessoa pode pensar que é competente, mas não ser percebida como competente aos olhos dos outros, e vice-versa – e.g. um pedido de desculpas e os seus efeitos, com a diferença entre a ação e a intenção – (p. 127).

Há um alinhamento de vários autores da comunicação em saúde, como Beckman e outros (2012), Epstein e outros (2005, p. 415), Greenhalgh e Heath (2010), Hargie (2011), Henbest e Stewart (1990), Kaplan e outros (1997, p. S49), Rungapadiach (1999, p. 193), relativamente à integração das três dimensões do *construto* da competência, definidas pela OCDE (2005) e por Tench e Konczos (2013), mesmo que não o expressem diretamente. Consegue-se observar que as competências da comunicação interpessoal na relação terapêutica e, por isso, da comunicação na saúde (Eiró-Gomes & Atouguia, 2012, p. 106) incluem conhecimentos, capacidades e atributos pessoais dos profissionais

de saúde, como por exemplo: o desenvolvimento do autoconhecimento, o saber ouvir e compreender o outro, o saber questionar informação e o conhecimento prévio dos assuntos a serem tratados (conhecimentos), a utilização de uma linguagem clara e de comportamento assertivos, cumprimentar o paciente e mostrar-lhe como se faz através de desenhos ou gráficos (capacidades), o uso do humor, da empatia, da liderança (atributos), entre outros (Beckman e outros, 2012; Epstein e outros, 2005; Greenhalgh & Heath, 2010; Hargie, 2011; Henbest & Stewart, 1990; Kaplan e outros, 1997; Nørgaard, 2011; Rungapadiach, 1999; Street e outros, 2009).

Estas competências de comunicação 1) criam um relacionamento sustentável com o paciente; 2) exploram a perspetiva do paciente e ajudam-no a verbalizar as suas experiências emocionais; 3) usam a empatia; 4) incentivam a partilha de tarefas e o desenvolvimento conjunto de estratégias que visam melhorar os resultados em saúde (Epstein e outros, 2005, p. 415; Henbest & Stewart, 1990; Kaplan e outros, 1997, p. S49).

Para além destas, e no domínio da informação trocada, tanto o profissional como o paciente saberem questionar tem elevada importância para os resultados em saúde. Cegala (2003), Hargie e Dickson (2004), Peneva e Mavrodiiev (2013) e Rungapadiachy (1999, p. 193 listam algumas destas competências comunicativas centrais na interação: 1) saber colocar perguntas (*question-asking*); 2) dar informação (*information provision*) e encorajar o paciente a expressar preocupações ou reportar sintomas de forma clara e completa; e 3) verificar se a informação (*information verifying*) recebida é compreendida, o que implica clarificar questões, aumentar a compreensão e lembrar a informação.

Spitzberg (2013) reforça que a competência comunicativa se associa à motivação, conhecimento e habilidade do comunicador, ligando-a à avaliação subjetiva da qualidade da comunicação que é feita pelos indivíduos que interagem com o comunicador.

Uma maior competência de comunicação em saúde leva a uma “comunicação terapêutica, apoio social, satisfação, intercâmbio de informações e cooperação” (Kreps, 1988, p. 354). Vários autores consideraram estas competências como promotoras de melhores resultados em saúde (Cegala, 2003, p. 92; Champlin, Mackert, Glowacki &

Donovan, 2016; Lambert & Loiselle, 2007; Williams, Davis, Parker & Weiss, 2002), sendo também “a chave para otimizar a literacia em saúde” (Belim & Vaz de Almeida, 2018a).

Geralmente, o profissional de saúde tem mais poder do que o paciente (Coombs & Ersser, 2004; Harrington & Valerio, 2014; Koh, 2010; Nimmon & Regehr, 2018, p. 2), tem pouco tempo, está num espaço e tempo confinado e tem de obter resultados. Por isso, como está muito ocupado, tem de possuir competências interpessoais apuradas (Bramhall, 2014, p. 54; Włoszczak-Szubzda & Jarosz, 2015).

Existem situações que ocorrem na relação em saúde, que podem gerar equívocos de interpretação de quem observa (Dyche, 2007), uma ilusão sobre as competências reais dos pacientes (Epstein e outros, 2005; Makoul e outros, 1995), requerendo que haja competências (Kreps, 1988) ou ainda competências específicas, como a inteligência emocional (Włoszczak-Szubzda & Jarosz, 2012, p. 602).

Por vezes, as avaliações que são feitas por pessoas externas a uma determinada situação em saúde, estão em desacordo com o julgamento feito pelo paciente (Dyche, 2007). Dyche (2007) dá o exemplo prático que, enquanto observava um encontro de um profissional de saúde com um paciente, notou que o médico escrevia no quadro, em vez de estar ao pé do paciente e percebeu que aquela atitude do médico, de escrever no quadro, não seria a indicada para o paciente (pela falta de contacto verbal e de proximidade). Após o encontro, Dyche (2007) perguntou ao paciente qual tinha sido o momento mais importante, tendo o paciente identificado aquele em que o médico escreveu no quadro pois, para o paciente, aquele ato representava para esse paciente que o médico o estava a ouvir, apesar de estar a escrever num quadro (p. 1037).

Pode ocorrer ainda uma *ilusão de competência* por parte dos pacientes, que Makoul e outros (1995) observaram num estudo com mais de 900 pacientes em que 24,3% dos pacientes saíram da consulta com a crença de que os tópicos importantes tinham sido discutidos quando nem sequer haviam sido mencionados (p. 1241). A pesquisa mostrou-se útil para destacar discrepâncias entre a comunicação percebida e a real, uma vez que os médicos tendiam a superestimar a extensão da sua explicação aos pacientes para seguir o plano de tratamento, as opiniões solicitadas aos pacientes sobre o medicamento prescrito e os riscos do medicamento (Makoul e outros, 1995, p.

1241). Os pacientes foram “extremamente passivos, raramente opinaram ou iniciaram a conversa sobre qualquer aspeto do tratamento” (Makoul e outros, 1995, p. 1241).

Por outro lado, é necessário ter redobrados cuidados quanto à real compreensão do paciente e, tendo em conta os resultados da revisão da literatura, os profissionais deverão reapreciar as suas competências de comunicação, não considerando, de imediato, que o paciente compreendeu, o que pressupõe participação, sendo esta comunicação centrada na relação terapêutica que permite melhores resultados (Epstein e outros, 2005) e a diminuição das más práticas na saúde (Levinson, Roter, Mullooly, Dull & Frankel, 1997).

Kreps (1988) entende também que as competências de comunicação em saúde, tais como as usadas efetivamente nas relações interpessoais, são importantes para procurar e partilhar informação relevante em saúde. No modelo relacional de Query e Kreps (1996), assume-se que a competência da comunicação em saúde inclui o saber ouvir empático; a habilidade de codificação e de decodificação e a gestão da interação (p. 337).

Sintetiza-se, no quadro 12, uma lista de competências comunicativas em saúde, que se desdobram nos seus três componentes: conhecimentos, capacidades e atributos pessoais).

Quadro 12. As competências comunicativas dos profissionais de saúde

COMPETÊNCIAS COMUNICATIVAS EM SAÚDE		
Envolvem a capacidade de ir ao encontro das exigências complexas do mundo atual, utilizando e mobilizando recursos psicossociais; conhecimentos , i.e., o que é preciso saber para executar o trabalho (saber-saber); capacidades , que são as atividades que envolvem ideias, pessoas ou habilidades técnicas, facilmente executáveis (saber fazer), e atributos, que são as características que definem um conceito ou os fatores que devem existir para haver competência (saber-ser).		
DIMENSÕES		
CONHECIMENTOS (saberes)	CAPACIDADES (fazer, atividades desenvolvidas)	ATRIBUTOS PESSOAIS (ser, características)
Conhecimento clínico (Greenhalgh & Heath, 2010; Wonca, 2002)	Desenvolver a relação com o paciente (Pendleton e outros, 2003)	Confiança (Pendleton e outros, 2013; Street e outros, 2009)
Competência interpessoal (Benson, 2014; Pendleton e outros, 2003)	Usar a comunicação oral (Littlejohn, 1982)	Entendimento mútuo (Kreps, 1988; Street e outros, 2009)
Conhecimento teórico (Greenhalgh & Heath, 2010; Wonca, 2002)	Lidar eficazmente com relações inter-humanas (Moscovici, 1981, p. 17)	Flexibilidade (Schirmer e outros, 2005)

Conhecimento de outras culturas (Gulliford e outros, 2002; Leininger (1968, 1997)	Resolver problemas (Kim & Grunig, 2011)	Abertura (Ledingham, 2009, p. 245)
Autoconhecimento (OCDE, 2005)	Desenvolver e mostrar empatia pelo outro (Kripalani, Bentgtzen, Henderson & Jacobson, 2008; Spitzberg, 2013)	Motivação para agir (Sørensen e outros, 2012)
Aprendizagem e conhecimento de competências (Zolnierek & DiMatteo, 2009; Zoppi & Epstein, 2002)	Gerir as crises do paciente (Wonca, 2002)	Tranquilidade enquanto interage (Lalonde, 1981)
Saber fazer a partilha e dar sentido à informação (Cegala, 2003)	Aplicar a persuasão racional (Rubinelli, 2013)	Curiosidade (Wonca, 2002; (Wloszczak-Szubzda e Jarosz, 2012)
Compreender o outro (Wonca, 2002, p. 7; Sørensen e outros, 2012)	Mostrar solidariedade nas práticas (Wiemann, 1977) Saber questionar (Street, 2009)	Honestidade (Tench & Konczos, 2013)
Saber e ter sensibilidade verbal e não verbal (Query & Kreps, 1996)	Cumprimentar cordialmente ou calorosamente o paciente; fazer contato ocular (Mauksch e outros, 2008)	Liderança (Tench & Konczos, 2013)
Saber a importância da adequação e eficácia (Spitzberg, 2013)	Habilidades de codificação e decodificação (Hall, 1980; Schramm, 1955)	Adaptação de comportamento na consulta (Burgoon e outros, 1995; Teixeira, 1999)
Inteligência emocional Wloszczak-Szubzda & Jarosz (2012)	Usar frases emotivas, afetivas (Kindler, Szirt, Sommer, Hausler & Langewitz, 2005)	Compromisso (Ledingham, 2009, p. 245; Wiemann, 1977)
Saber gerir a ambivalência (Perloff, 2017, p. 101)	Colocar perguntas (<i>question-asking</i>); dar informação (<i>information provision</i>); verificar se a informação recebida é compreendida (<i>information verifying</i>) (Cegala, 2003)	Persuasão (Hovland, Janis & Kelley, 1953; Rubinelli, 2013)

Fonte: Elaboração própria.

Também num estudo sobre comunicação interpessoal em saúde, apoiado na aplicação de um questionário, Wloszczak-Szubzda e Jarosz (2012, p. 602) examinaram a motivação, o conhecimento e as competências de 108 participantes (enfermeiros e estudantes de enfermagem na Polónia). Os resultados revelaram uma baixa eficácia das competências de comunicação baseadas na psicologia geral e na comunicação interpessoal dos enfermeiros. A competência interpessoal abrange o que deve ser dito ou feito em situações específicas, assim como os procedimentos (Wloszczak-Szubzda & Jarosz, 2012, p. 602). Apesar da complexidade dos contactos interpessoais, é através de uma adequada aplicação prática que o sujeito se torna competente comunicativamente, destacando-se a importância da inteligência emocional (as competências pessoais de

um indivíduo que reconhece os seus estados emocionais e os dos outros) (Wloszczak-Szubzda & Jarosz, 2012, p. 602).

Benson (2014) distingue as competências de comunicação de tarefa e de relacionamento ou interpessoais: por um lado, as que são definidas pelo desempenho de tarefas específicas (que podem ser diretamente observadas e avaliadas, tais como obter e apresentar o histórico de um paciente), por outro, as competências interpessoais, baseadas no relacionamento, orientadas para os processos e definidas pelo efeito que a comunicação exerce sobre outra pessoa (Benson, 2014, p. S55). Benson (2014) avança o exemplo de quando um pediatra qualificado dá um diagnóstico à família, de forma a incrementar um sentido de confiança (estabelece o relacionamento), promovendo uma forte parceria médico-família no cuidado da criança e aumentando a probabilidade de adesão ao regime de tratamento (tarefa) e a satisfação do paciente e da família (p. S55).

Mauksch e outros (2008) classificam as competências no momento da sua aplicação durante uma consulta: 1) competências com influência contínua e 2) competências sequenciais (p. 1389). Para Mauksch e outros (2008), há quatro conjuntos de competências de influência: 1) o desenvolvimento do relacionamento e a sua manutenção, 2) a prática consciente, 3) o rastreamento de tópicos e 4) a confirmação de pistas do paciente. As competências sequenciais dizem respeito: a 1) configuração inicial da agenda colaborativa; 2) compreensão da perspetiva do paciente; e 3) alcance de um acordo mútuo sobre um plano. A aplicação das competências no início da consulta cria espaço para o uso de competências importantes nas fases subsequentes e reduz as redundâncias, mas torna-se necessário que o profissional de saúde se concentre nas questões importantes para o paciente, para não perder as pistas sobre os pensamentos e sentimentos deste (Mauksch e outros, 2008, p. 1389). Ericsson (2008, p. 991), reforçado por Wouda e Wiel (2012, p. 61), realça que as condições de aprendizagem e de um desempenho de perícia, por parte de um profissional de saúde, implicam 1) desempenhar as tarefas com objetivos bem definidos; 2) ter motivação para melhorar; 3) ter tarefas de aprendizagem de curta duração, com oportunidade de *feedback* imediato, reflexão e correção; 4) ter amplas oportunidades para repetição, refinamento gradual e prática em situações desafiantes.

Procurando aplicar o *constructo* de competência, proposto pela OCDE (2005), e o de competência de comunicação de Tench e Konczos (2013) e atendendo a que a literatura encontrada não tende a explorar a composição das competências de comunicação, desenvolve-se um esforço para compor cada uma das três competências do modelo ACP.

3.4.1. A competência assertividade e os seus contributos para a relação terapêutica

A assertividade implica confiança, que reduz a incerteza (Holmes & Rempel, 1989; Salter, 1949; Wolpe, 1960). Por isso, ambas reduzem a incerteza (Rawlins, 2007, p. 3). O comportamento assertivo vincula-se à autoestima e autoconfiança, porque os indivíduos, que se sentem competentes e seguros de si, interagem de maneira mais sincera e natural no desenvolvimento de relacionamentos (Alberti & Emmons, 1973, 2008).

O estudo da assertividade iniciou-se no campo da prática clínica, associada à doença mental (Beck, Freeman & Davis, 2004; Lazarus, 1973; Salter, 1949, Wolpe, 1960), e incidia na ideia de que a incerteza (a não assertividade) seria uma razão para a doença mental, que era tratada, através da capacidade de falar abertamente sobre desejos e necessidades para se atingir a assertividade, ou a *certeza* (Lazarus, 1973; Peneva & Mavrodiev, 2013; Salter, 2002; Wolpe, 1990). Romek (2003) discorda, em parte, desta oposição entre a certeza/incerteza, referindo que, embora em pequenas doses e em certas situações, a incerteza pode não prejudicar a relação interpessoal porque existem sempre momentos de insegurança na vida das pessoas, como por exemplo, numa situação desconhecida, na resolução de uma tarefa incomum difícil ou na mudança acentuada das condições de vida (Romek, 2003, p. 8). Mas concorda quando a incerteza situacional se transforma numa incerteza pessoal, estável e causadora de uma ansiedade constante, impedindo a pessoa de viver (Romek, 2003, p. 8). O comportamento assertivo elimina muitos problemas nos relacionamentos interpessoais e economiza tempo para o seu esclarecimento, pois envolve a capacidade de falar abertamente sobre sentimentos e desejos, evitando a agressividade e a ironia em relação ao parceiro (Romek, 2003, p. 18).

A nível intrapessoal, uma personalidade assertiva é capaz de se autoanalisar, resistir à pressão do grupo, experimentar um forte senso de identidade ou liberdade para agir ou escolher (Lizarraga e outros, 2003; Lorr & More, 1980; Richmond & McCroskey, 1993), avaliar os seus sentimentos e controlar os seus impulsos pessoais (Stein & Book, 2006, pp. 73-93), usando a inteligência emocional (Goleman, 1999; Stein & Book, 2006), o comportamento, a cognição e a emoção (Peneva & Mavrodiev, 2013; Romek, 2003) e reconhecem os seus direitos e os dos outros, não os violando (e.g. Alberti & Emmons, 2008; Smith, 1985).

Numa perspetiva individual, Salter (1949) define as características de uma personalidade assertiva: 1) a abertura, presente num discurso que exterioriza abertamente os sentimentos. Esta abertura foi criticada por Romek (2003) por não se adequar a todas as situações sociais, embora a considere “a componente mais importante do comportamento socialmente competente” (p. 17); 2) a expressividade, utilizando expressões precisas, espontâneas e sem ansiedade Wolpe (1973); 3) a capacidade de ter/ouvir outras opiniões; 4) o uso do pronome pessoal, isto é, assumir o que faz e diz *eu digo, faço, considero*; 5) a aceitação de elogios, não como imodéstia, mas como autorrespeito e avaliação adequada das suas forças e habilidades; 6) o uso da “improvisação” como expressão espontânea de sentimentos, necessidades e preocupações quotidianas (Romek, 2003, p. 16).

Os conflitos internos (de valor), que a maioria das pessoas experimenta, podem impedi-las de ser assertivas, pelo que, quanto mais claramente se entende o(s) objetivo(s), melhor se será capaz de agir em vez de reagir, e deve-se atingir apenas um objetivo de cada vez (Drum, 2002, p. 8).

A assertividade trata-se de uma “qualidade pessoal” e “uma parte do potencial pessoal” (Peneva & Mavrodiev, 2013, p. 3) de se poder defender por si mesmo, as suas posições, alcançar os seus objetivos, superar dificuldades, ser determinado/a, mas sem prejudicar os direitos dos outros e capaz de controlar os impulsos agressivos” (p. 3). Wolpe (1960), aluno de Salter (1949), e outros autores, como Paterson e Watkins (1996), reforçam a perspetiva individual, considerando a assertividade como motor das expressões verbais e sentimentos, em que as pessoas precisam de adquirir hábitos (regras prévias) para exprimir os seus sentimentos (p. 167), saber dizer *não* e começar,

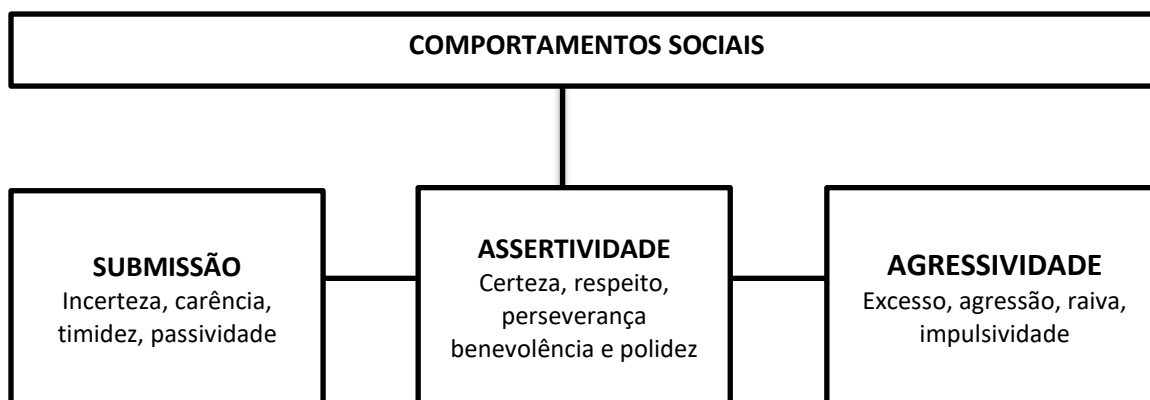
manter e concluir uma conversa (Lazarus, 1973). Mais do que uma obrigação, é um direito que permite escolhas (Drum, 2002, p. 6).

A nível interpessoal, o primeiro sinal da formação de relacionamentos interpessoais assenta no conteúdo da comunicação, na capacidade aberta e corajosa para contar à outra pessoa informações sobre os seus sentimentos e desejos, valores, sem esperar uma resposta imediata (Romek, 2003, p. 18). As competências de assertividade podem ser usadas para a aproximação a outra pessoa (profissional-paciente) e para proteger ou obter metas objetivas (Drum, 2002, p. 7). O relacionamento assertivo envolve habilidades, tais como: 1) entender os sentimentos que o outro experimenta e antecipar os seus desejos com base no seu comportamento; 2) falar abertamente sobre esses desejos e sentimentos, com compreensão, sendo assim mais fácil alcançar o seu objetivo; 3) refletir abertamente sobre os sentimentos e desejos dos outros, o que implica ajudá-los a expressar os seus sentimentos e a formular os seus desejos (Romek, 2003).

A nível da competência social, Lazarus (1971) combinou as técnicas da terapia comportamental com a orientação cognitiva e adaptou os aspetos individuais da *agressão* em comportamentos sociais, considerando a assertividade como uma “competência social” (Lazarus, 1971, 1973; Peneva & Mavrodiev, 2013, p. 6), que permite manter relações sociais ao longo do tempo (Wiemann, 1977, p. 196).

A assertividade fica posicionada a meio caminho entre a incerteza e a agressividade (Romek, 2003, p. 18). Por isso, situa-se no meio entre dois extremos inapropriados (Lizarraga e outros 2003), num *continuum*, entre a submissão (carência, timidez, passividade) e a agressividade (excesso, agressão, raiva, impulsividade), defendido por Beck e outros (2004), Lizarraga e outros (2003, p. 425) – figura 13.

Figura 13. Á assertividade num *continuum* social



Fonte: Baseado em Lazarus, 1971, 1973; Peneva e Mavrodiev, 2013; Romek, 2003.

A nível comportamental, a assertividade é protetora dos direitos individuais e humanos, numa forma humana e democrática (Alberti & Emmons, 2008), sendo “uma forma de comportamento, caracterizada por uma declaração confiante ou afirmação sem necessidade de comprovação” (Dorland's Medical Dictionary, 2014). A assertividade é, também, saber dizer não, iniciar, continuar ou terminar uma conversa, resolver problemas sociais específicos, usar comparações positivas, obter aceitação e apoio de outras pessoas, evitando, assim, a rejeição social (Lizarraga e outros, 2003; Lorr & More, 1980; Richmond & McCroskey, 1993). O comportamento assertivo está descrito no que Wiemann (1977) considerou de “competência comunicativa” (p. 196), como aquele comportamento que resulta no “melhor possível” para ambos (p. 196) e conduz ao auto e ao mútuo respeito, perseverança benevolente e polidez (Smith, 1985).

No âmbito da CNV, Alberti e Emmons (1973) descrevem, através das observações sistemáticas feitas por cientistas comportamentais, um conjunto de comportamentos assertivos: a) olhar nos olhos, isto é, olhar diretamente para o outro com quem se conversa, sendo um modo eficaz de declarar que se é sincero sobre o que se diz e nas palavras dirigidas; b) postura do corpo, em que a força das mensagens é aumentada se se olhar de frente para o outro; c) ficar de pé ou sentado perto dele, curvar-se para ele, manter a cabeça direita; d) uma mensagem acentuada por gestos e apropriada adquire uma ênfase especial (gestos muito exuberantes podem parecer fora de propósito); e) expressão facial (e.g. se se estiver zangado, é visível no seu rosto); f) tom de voz, inflexão e volume (e.g. um sussurro monótono dificilmente convencerá o outro da sua seriedade, e um grito pode criar resistência). As asserções eficazes requerem a escolha do

momento apropriado para expressar uma opinião, combinada com a mensagem, como um relato ou narrativa num nível/tom correto, coloquial, bem modulado, convincente e sem intimidar o outro (Alberti & Emmons, 1973 p. 21).

Entre as competências de assertividade do profissional de saúde destacam-se as seguintes: prestar cuidados centrados no paciente (Ryan & Morgan, 2004, p. 12), aumentar o envolvimento e confiança do paciente (Ahmed & Bates, 2016), fazer abordagem de cuidado e percebida como a ação certa (Epstein & Street, Jr., 2011), tornar os pacientes mais proactivos na procura de informação sobre saúde (Teixeira, 2004, p. 620), promovendo maior consciencialização dos riscos, motivação para a mudança de comportamentos, facilitação de escolhas complexas em saúde, adaptação à doença, qualidade de vida, adesão e procura de cuidados (Teixeira, 2004, p. 620). McCaffrey e outros (2011) referem, ainda, que a credibilidade, sendo uma qualidade que reforça as capacidades de comunicação dos profissionais, permite superar a perspectiva biomédica da perícia técnica que conduz, muitas das vezes, a um distanciamento e a uma menor memorização e motivação do paciente (Jackson, 1992).

A falta ou a relutância dos profissionais de saúde em utilizar a assertividade (confiança) nas relações interpessoais limita o conteúdo comunicativo, a capacidade de entender (compreensão) e de ajudar o outro quando necessário, tornando a relação apenas formal e funcional (Peneva & Mavrodiev, 2013, p. 7; Romek, 2003, p. 7), pelo que pressupõe uma responsabilidade pelas escolhas (Drum, 2002, p. 6).

A assertividade implica a participação do paciente na interação terapêutica, na qual ele expressa uma opinião, manifesta a sua preferência, oferece uma sugestão ou recomendação, revela discordância ou algum outro desafio ao profissional de saúde, ou faz um pedido (Cegala, 2011, p. 428). Existe um equilíbrio negociado e influenciado entre as partes, até alcançar a satisfação mútua com a situação, deixando abertura a que um dos intervenientes (profissional) possa estar apto a persuadir, e o outro (paciente) a aceitar a situação (Wiemann, 1977, p. 197). O uso da assertividade permite a organização da “agenda” do profissional centrada no paciente, numa visão distanciada que inclui respeitar o outro e fazer-se respeitar, saber ouvir, saber encorajar a participar, despistar as “pistas não verbais” dadas pelo paciente e “monitorizar a relação, como se fosse um sujeito que visse de fora o problema” (Mauksch e outros, 2008, p. 1390). Para

a realização dos direitos pessoais de cada um dos participantes, no cerne das relações interpessoais, “ninguém se deve colocar acima do outro, apesar das vantagens sociais” (Alberti & Emmons, 2008, p. 2), pelo que, o profissional de saúde, o “lado mais forte do prato da balança” (Almeida, 2018, p. 33; Coombs & Ersser, 2004; Harrington & Valerio, 2014; Koh, 2010) deve estabelecer uma plataforma comum em cada interação com o paciente, fazendo uso da sua inteligência emocional (Stein & Book, 2006). Pode-se, assim, assumir que o conceito de *competência comunicativa* de Wiemann (1977) é análogo à competência da assertividade na relação terapêutica, porque, um comunicador competente orienta-se para o paciente, mantendo, ao mesmo tempo, os seus objetivos interpessoais, tem e dá suporte ao seu interlocutor, é tranquilo enquanto interage (p. 196).

Procurando retirar contributos da teoria relacional – desenvolvida por Bruning e Ledingham (1998) e promotora de relações interpessoais – para melhor perceber a assertividade, pode-se dizer que esta permite a manifestação do comportamento do profissional de saúde através da capacidade de estabelecer uma relação frontal *olhos nos olhos*, respeitosa, equitativa, simétrica, geradora de confiança e estabelecadora de um compromisso de parte a parte.

Por seu turno, a teoria de resolução de problemas, de Kim e Grunig (2011) – também convocada para compor melhor a competência da assertividade –, permite entender a intervenção do profissional, que ajuda o paciente a reconhecer o problema, a reduzir os seus constrangimentos e a avaliar as crenças, motivando-o para a sua resolução através de um comportamento ativo na aquisição, seleção e transmissão de informação. Neste sentido, o comportamento assertivo permite contribuir para a resolução do problema que o paciente traz à consulta, seja ele real ou irreal (Wonca, 2002).

Os conhecimentos de Hovland e outros (1953), McGuire (1964, 1968, 1972, 1984, 2001) e Cameron (2009, no âmbito da teoria da persuasão, podem verter na relação terapêutica: o profissional de saúde, ao usar uma persuasão eficaz, pode contribuir para que o paciente modele, reforce ou mude o seu comportamento. A assertividade do profissional de saúde permite-lhe antecipar o que o paciente pensa e

diz, agindo e utilizando, para isso, a comunicação verbal e não verbal, que influencia o caminho a tomar pelo recetor na adoção das instruções em saúde.

É através do processo de codificação e descodificação (Hall, 1980; Schramm, 1955), em que cada participante é simultaneamente codificador e descodificador que o contributo da assertividade do profissional permite os esforços para se atingir uma simetria entre a mensagem enviada e o seu significado, seja através da linguagem verbal como da não verbal.

Por fim, a teoria social cognitiva (Bandura, 1986) explica a necessidade de se promover a autoeficácia do sujeito, neste caso o paciente, através do desenvolvimento da sua confiança, levando-o a refletir sobre o assunto, motivando-o e ensinando a fazer a ação necessária, ou aumentando-lhe o conhecimento, para que possa, por si só, assumir o controlo da gestão da sua saúde.

Elenca-se, no quadro 13, o conjunto de teorias e autores que sustentam esta investigação e fundamentam a assertividade.

Quadro 13. Relação entre teorias e a assertividade

TEORIA E AUTORES	SÍNTESE	COMPORTAMENTOS E ATITUDES
Teoria relacional Bruning e Ledingham (1998)	Promotora de relações interpessoais mutuamente benéficas, simétricas, que geram confiança, abertura, compromisso, investimento	Podem-se extrair elementos da teoria que compõem a relação assertiva: Direta, <i>olhos nos olhos</i> Respeitosa Equitativa Simétrica Geradora de confiança Compromisso de parte a parte
Teoria da resolução de problemas Kim e Grunig (2011)	Na relação terapêutica, o paciente apresenta um problema que tem de ser resolvido, seja ele real ou irreal (Wonca, 2002)	Pode-se inferir que o comportamento assertivo permite contribuir para aumentar conhecimento, baixar constrangimentos e aumentar o envolvimento do paciente
Teoria da persuasão Hovland e outros (1953) McGuire (1964, 1968, 1972, 1984, 2001) Cameron (2009)	Visa influenciar para modelar, reforçar ou mudar o comportamento do paciente	Saber antecipar o que o outro pensa e diz Usar a comunicação verbal e não verbal, que influencia para o comportamento saudável Abrir novos caminhos na percepção
Abordagem da codificação-descodificação Schramm (1955)	Pretende-se que a comunicação seja um sistema de constante <i>feedback</i> , em que cada participante é simultaneamente codificador e	Usar linguagem entendível, clara e positiva, que o outro descodifica com uma leitura hegemónica, porque a entende

Hall (1980)	descodificador com simetria entre a mensagem enviada e o seu significado	
Teoria social cognitiva Bandura (1986)	Promoção da autoeficácia do paciente: ensiná-lo a fazer, para além de saber. Desenvolvimento da confiança, para ter uma ideia clara das suas forças e de como a mudança pode ser alcançada Garantia de que o paciente sabe executar a tarefa ou ação	O profissional faz participar o paciente e assegura, numa conversa direta, que o paciente compreende as instruções em saúde, para que a adesão resulte da melhor forma e o paciente desenvolva um maior autocuidado, porque tem autoeficácia e entende a importância de contribuir para a sua saúde

Fonte: Elaboração própria.

Street e Millay (2001), observando nove vídeos com interações paciente-médico, desenvolveram um procedimento de codificação para avaliar os atos de participação dos pacientes em três categorias: a) quando o paciente coloca questões; b) quando expressa preocupação; c) quando emite respostas assertivas (p. 63). O paciente assertivo é aquele que manifesta a sua opinião sobre saúde, expressa preferências sobre o tratamento, faz recomendações ou sugestões, introduz um novo tópico para o discurso ou discorda do profissional de saúde (Street & Millay, 2001, p. 64). Os resultados mostram que os comportamentos verbais (colocar questões, expressar preocupação ou ter uma interação assertiva) representam menos de 7% do total das interações e os pacientes são mais assertivos e mais livres, quando os profissionais têm uma comunicação mais centrada neles, e o ato de participação do paciente torna os profissionais mais focados nele (Street & Millay, 2001, p. 70). Em 1991 Street, numa clínica de cuidados primários, com análise de 41 gravações audiovisuais de consultas entre profissional e paciente, destacou que as características pessoais dos pacientes (como o sexo, educação e nível de ansiedade) e os estilos comunicativos (perguntas, opiniões, expressões de preocupação) influenciam a informação dada (*information giving*) pelo médico (p. 541). Street (1991) comenta que a assertividade do paciente e a sua responsividade também dependem das iterações do profissional para construir a parceria, solicitando ao paciente questões, preocupações e opiniões (p. 541).

Os contributos de um treino em assertividade (Drum, 2002) fornecem: a) diretrizes atitudinais e cognitivas para o comportamento assertivo e construção da

coesão e confiança mútuas; b) ajuda nas habilidades básicas da afirmação eficaz e responsável; c) a atmosfera positiva; d) compreensão sobre conflitos; e) habilidades de afirmação de cada pessoa; f) informações para reduzir a ansiedade; g) sentido de coesão e compreensão h) consciência da influência que valoriza os conflitos; i) sequência de pensamentos e ações para resposta assertiva; j) a internalização da responsabilidade; k) reforço de habilidades essenciais; l) esclarecimento e resolução de crenças e valores pessoais. Com base na literatura, resume-se no quadro 14 um conjunto de competências (conhecimentos, capacidades e atributos) da pessoa assertiva.

Quadro 14. A composição da competência assertividade

DIMENSÃO	AUTORES
CONHECIMENTOS	Ahmed e Bates (2016) Alberti e Emmons (1973, 2008) Almeida (2018) Beck e outros (2004) Drum (2002) Epstein e Street, Jr. (2011) Holmes e Rempel (1989) Lazarus (1973) Lizarraga e outros (2003) Lorr e More (1980) Mauksch e outros (2008) Nevid e Rathus (1978) Parham, Lewis, Fretwell, Irwin e Schrimsher (2015) Paterson e Watkins (1996) Peneva e Mavrodiev (2013) Print (1975) Rawlins (2007) Richmond e McCroskey (1993) Romek (2003) Salter (1949) Smith (1985) Stein e Book (2006) Street e Millay (2001)
Autoanalisar, avaliar os seus sentimentos Avaliar adequadamente as suas forças e capacidades Compreender e entender Conhecer expressões verbais e dos sentimentos Desenvolver qualidades profissionais e pessoais Reconhecer a proteção de direitos individuais Reconhecer os direitos e saber onde existem escolhas Reconhecer os seus direitos e os dos outros Saber como exercer influência interpessoal Saber controlar os seus impulsos pessoais Saber desenvolver relacionamentos Saber fazer uma declaração confiante Ter conhecimento para adivinhar os desejos (antecipar) do outro	
CAPACIDADES	
Ajudar uma pessoa a expressar os seus sentimentos Alcançar objetivos Capacidade de falar abertamente sobre desejos e necessidades Capacidade ter/ouvir outras opiniões Começar, manter e concluir uma conversa Despistar as pistas não verbais Eliminar problemas nos relacionamentos interpessoais Encorajar a participar e a dar coesão Evitar agressividade e a ironia e gerir conflitos Exprimir preferências Falar abertamente sobre os seus sentimentos e desejos Fazer recomendações ou sugestões Manifestar a sua opinião Manifestar, sem ansiedade Mostrar um discurso emocional Olhar nos olhos Organizar a agenda Reduzir a incerteza	

Refletir abertamente sobre os sentimentos dos outros Saber defender-se Ter postura corporal Usar a inteligência emocional	
ATRIBUTOS PESSOAIS	
Ser autoconfiante Ser respeitador Ser competente Ser determinado Ser distanciado na medida em que consiga ter um certo controlo Ser eficaz na superação das dificuldades e no alcance de resultados Ser motivado Ser sincero e natural	

Fonte: Elaboração própria.

3.4.2. A competência clareza de linguagem e os seus contributos para a relação terapêutica

Na área da saúde, a informação deve ser clara e adequada ao paciente, para ser compreendida e garantir o compromisso e a adesão do paciente, contribuindo para a maximização da credibilidade do profissional, considerado um especialista pelo paciente (Jackson, 1992, p. 201). O U.S. Department of Health and Human Services (2011) e a OMS (2013) definem como *plain language* ou linguagem clara toda a comunicação oral ou escrita que é clara, concisa, organizada e não usa o jargão técnico, com uma escrita, estrutura, desenho, clareza, que permite ao leitor encontrar, compreender e usar essa informação facilmente. A linguagem clara é caracterizada por ser imediatamente compreensível (Kripalani & Weiss, 2006), baseada em palavras curtas, simples e não médicas (Williams e outros, 2002).

É a própria Academia Americana de Médicos de Família (nos EUA) a contribuir para uma difícil linguagem escrita de entendimento para os que têm baixos níveis de compreensão em saúde. Davis e Wolf (2004) relatam que 75% dos folhetos de educação desta associação de médicos estão escritos acima do nível médio de leitura (8.º e 9.º ano de escolaridade). Apesar do reconhecimento da necessidade de atender ao nível de literacia em saúde, esta exigência não acontece na prática e os materiais para informarem o público não são úteis (Davis & Wolf, 2004, p. 596).

Também não se pode “infantilizar” a linguagem (Watson, 2019, p. 7), requerendo-se, para aumentar a acessibilidade, compreensão e usabilidade, que exista por parte do profissional de saúde um nível de competência no uso de linguagem simples e também de sensibilidade para o contexto, sendo necessário ter cuidado quando se substitui uma palavra por outra, para que não se perca o seu significado (p. 7).

Segundo McKinney e Kurtz-Rossi (2000), existem visões diferentes do que é considerado “fácil de ler” ou do que está escrito em “linguagem simples” (p. 8). A linguagem é simples quando está escrita para um nível de leitura do 6.º ao 8.º ano de escolaridade, usa, em materiais, uma fonte grande e um formato que apresenta muito espaço em branco na página, facilitando a leitura das pessoas com baixa literacia em saúde (McKinney & Kurtz-Rossi, 2000, p. 8; Wittenberg, Goldsmith, Ferrel & Platt, 2015). Adicionalmente, a linguagem é clara quando pressupõe o uso da voz ativa (o sujeito pratica a ação) e da segunda pessoa do singular (você ou tu), a limitação da dimensão das frases a um máximo de 15 palavras, a referência da linguagem no nível do 8.º ano e o entendimento imediato dos conteúdos (Wittenberg e outros, 2015).

Entre outras orientações que definem a linguagem clara, pode-se observar quanto ao uso as seguintes: 1) frases diretas e simples: sujeito – verbo – objeto, pois as frases densas são mais difíceis para os leitores do que decodificar palavras de baixa frequência (Schraver, Cheek & Mercer, 2010, p. 27; Watson, 2019, p. 5); 2) frases curtas, pois a investigação mostra que é difícil seguir o sentido da frase e existe uma relação entre a rapidez de leitura e a compreensão e o número de palavras por frase, o número de preposições por frase e a proporção de palavras imprevisíveis (Schraver e outros, 2010, p. 27). Quanto maior este número, pior o desempenho dos leitores (Schraver e outros, 2010, p. 27); 3) pronomes pessoais (*O senhor/ a senhora quer?*); 4) linguagem do dia-a-dia, evitando o jargão técnico (Castro, Wilson, Wang & Schillinger, 2007; Marshall, Medves, Docherty & Paterson, 2011) ou, se o usar, explicá-lo, tendo atenção à substituição de palavras para não se perder o significado nem a importância, nem se infantilizar a linguagem (Watson, 2019, p. 7); 5) a colocação da mensagem principal no início; 6) listas numeradas, *bullets* e cabeçalhos para guiar as pessoas na informação impressa; 7) tabelas em vez de textos muito extensos; 8) espaços em branco, para aliviar

e para permitir uma leitura mais fácil; 9) a divisão da informação em partes e o resumo de cada “bloco”, também chamado de *chunk & check* (NHS, s.d.).

Shriver Cheek e Mercer (2010) referem que “se os leitores conseguem encontrar o material que precisam, compreendê-lo no primeiro momento em que o leem e usam a informação para desempenhar a sua tarefa, ou a tarefa que pretendemos que desempenhem, trata-se de linguagem clara (p. 26). Dando alguns exemplos, quanto ao uso de frases longas, Schriver e outros (2010) referem que não é o comprimento das frases que dificulta a compreensão, mas a sua sintaxe (regras) e a estrutura (p. 27). Concluem que “o texto melhora se se mantiver o sujeito perto do predicado” e que as “pistas” boas ajudam os leitores a recordar os textos (Schriver e outros, 2010, p. 27). Relativamente ao número máximo de sete itens por lista, as autoras, fazendo alusão ao estudo de Miller de 1956 sobre a memória de curto prazo, discordam deste número, pois consideram que não se trata de estabelecer limitações na memória de curto prazo dos leitores (p. 29) e, sim, na de longo prazo, pois pretende-se que a informação esteja disponível na memória neste alcance temporal.

Apesar de não haver consenso relativamente ao conceito de linguagem clara, Schriver e outros (2010) referem que é necessário encontrar um *standard*, que possa servir de base à *plain language* (Lauchman, 2001; Schriver e outros, 2010, p. 27).

As analogias ou histórias da vida real, relevantes para as experiências dos pacientes, também são úteis (Mayeaux e outros, 1996), porque os pacientes entendem mais debilmente as comunicações de saúde com mais frequência do que os médicos podem pensar (Brega e outros, 2015, p. 16; Howard e outros, 2013).

Neste processo de acesso, compreensão e uso de conteúdos sobre saúde, a linguagem clara é uma resposta lógica e flexível e incide nas comunicações, que envolvem ambos os intervenientes e são acessíveis ao público-alvo (Stableford & Mettger, 2007, p. 75). A linguagem clara faz parte da solução para os principais problemas de saúde, e não se trata de transmitir informação *estupidificante*, num tom condescendente, ou negligenciar a necessidade de precisão (Stableford & Mettger, 2007). Trata-se de comunicar com transparência e significado, com uma linguagem criativa, vibrante e emocionalmente ressonante, em que o processo de conceção de conteúdos requer conhecimento e habilidades, uma compreensão correta do público-

alvo e o uso de uma abordagem baseada em factos (Stableford & Mettger, 2007, pp. 76-81).

Entre as técnicas de comunicação verbal e não verbal para se comunicar claramente, pode-se destacar as seguintes: cumprimentar os pacientes calorosamente, fazer contacto visual, ouvir com atenção, usar as palavras do paciente, diminuir a velocidade da exposição, limitar e repetir o conteúdo, ser específico e concreto, mostrar gráficos, demonstrar como se faz, convidar a participação do paciente, incentivar perguntas e aplicar o *teach-back* (Brega e outros, 2015, pp. 16-17).

Relativamente às questões culturais, Schriver e outros (2010) consideram que é preciso investigação para verificar a efetividade da linguagem clara, pois nem todas as técnicas funcionam em cada cultura (pp. 29-30). Zancheta e Poureslami (2006), Andrulis e Brach (2007) e Watson (2019, p. 6) reforçam, ao longo dos últimos anos, esta questão, argumentando que os sujeitos podem ter uma adequada literacia na sua cultura, mas podem revelar dificuldades em compreender o mesmo conceito noutra língua e noutra cultura. Nos EUA, em 2010 (administração Obama), foi dado um passo em frente nesta questão e emitido o *Plain Writing Act of 2010* (2010) para as comunicações do governo, referindo-se à escrita clara como aquela que é “clara, concisa, bem organizada e que segue as outras práticas recomendadas apropriadas para os assuntos públicos” (p. 2861). Com base na literatura, sistematizam-se alguns aspetos da linguagem clara no quadro 15.

Quadro 15. A composição da competência clareza de linguagem

DIMENSÃO	AUTORES
CONHECIMENTOS	Altin e Stock (2016) Bittner e outros (2015) Brega e outros (2015) Department of Health and Human Services (2011) Goldsmith e Ferrel e Platt (2015) Jackson (1992) Kripalani e Weiss (2006) Mayeaux e outros (1996)
Conhecer princípios orientadores, como:	
Toda a comunicação oral ou escrita deve ser clara, concisa e organizada A sintaxe (regras) e a estrutura facilitam a compreensão Frases densas são mais difíceis de decodificar	
CAPACIDADES	
Aplicar o <i>teach-back</i> Atender ao cumprimento das frases Comunicar com transparência e significado, sem necessidade de usar um tom condescendente, ou negligenciar a necessidade de precisão Demonstrar como se faz (desenhos, gráficos) Diminuir a velocidade da exposição (tom de voz e pausas) Limitar e repetir o conteúdo, sumarizar	

Não infantilizar a linguagem	McKinney e Kurtz-Rossi (2000) Plainlanguage.gov (2011) Shriver e outros (2010) Stableford e Mettger (2007) Watson (2019) WHO (2013) Williams e outros (2002) Wittenberg, Goldsmith, Ferrel e Platt (2015)
Não usar o jargão técnico	
Permitir ao leitor encontrar informação e usar essa informação facilmente	
Permitir compreender no primeiro momento	
Usar a informação para desempenhar a sua tarefa	
Usar a segunda pessoa do singular (você ou tu)	
Usar a voz ativa	
Usar analogias ou histórias da vida real	
Usar as palavras do paciente	
Usar frases curtas, simples e não médicas	
Usar frases diretas e simples: sujeito – verbo – objeto	
Usar uma abordagem baseada em factos	
Usar uma linguagem criativa, vibrante e emocionalmente ressonante	
ATRIBUTOS PESSOAIS	
Ser criativo e vibrante	
Ser específico e concreto	
Ser facilitador no processo de compreensão do paciente	
Ser ilustrativo	
Ser pausado	
Ser transparente e perceptível	

Fonte: Elaboração própria.

Os indivíduos precisam de informações, para tomar decisões sobre a sua saúde. No entanto, muitas destas informações não são fáceis de entender. A linguagem simples torna os conteúdos mais acessíveis, e é um requisito necessário na prática diária do profissional com o paciente (Bittner e outros, 2015, p. 1137), ainda mais quando, após sair da consulta, este recorda 50% ou menos do que lhe foi dito (Ley, 1979; Sheridan e outros, 2011; Williams e outros; 2002, p. 383, Windover e outros, 2014, p. 11).

O uso de diretrizes de comunicação oral clara pode ajudar os pacientes a entender melhor e a sentirem-se mais envolvidos com os seus cuidados de saúde e incrementa a probabilidade de seguir os seus planos de tratamento (Brega e outros, 2015, p. 16). Baseando-se nos modelos construcionistas da psicologia, Lindquist, MacCormack e Shablack (2015) destacam a importância da linguagem que suporta o conhecimento concetual e é a *cola* que serve de base ao conhecimento das emoções.

Diversos estudos têm mostrado os contributos do uso de uma linguagem clara em contexto terapêutico. Altin e Stock (2016), com base num inquérito transversal nacional por telefone a pacientes adultos alemães (n=1125), apuraram que os alemães adultos com literacia suficiente, cujo profissional lhes deu explicações de uma forma clara e simples, compreenderam melhor as instruções e mostraram estar mais satisfeitos com o cuidado (p. 1). Estes pacientes tiveram uma pontuação duas vezes

acima do esperado, assim como os que foram envolvidos na decisão tiveram um resultado quatro vezes acima do esperado. O estudo de Altin e Stock (2016) aponta também para a necessidade de as organizações implementarem uma comunicação oral e escrita mais adequada, que envolva a formação da equipa de profissionais de saúde para lhes dar competências para usar as ferramentas já *standardizadas*, como o *teach-back* ou o *chunk & check* (p. 7).

Wittenberg, Goldsmith, Ferrell e Platt (2015) conduziram um estudo por conveniência na Califórnia, nos EUA, através de uma sessão educativa com 155 profissionais de saúde (75% participaram), maioritariamente de enfermagem, para a aplicação do teste do *Plain Language Planner for Palliative Care*, uma ferramenta usada para comunicar em linguagem clara a medicação e os sintomas em cuidados paliativos. As respostas foram codificadas para uma linguagem simples: uso da voz ativa, da segunda pessoa, uso de jargão, frases curtas, nível de leitura e dados fáceis de entender. A comparação entre as respostas escritas, antes e depois da sessão, mostrou uma melhoria no uso de linguagem simples (Wittenberg, Goldsmith, Ferrell e Platt, 2015, p. 707). Como a falta de compreensão do paciente tem um impacto negativo na eficácia e na interação que este estabelece com o profissional de saúde, o uso desta ferramenta demonstrou ser promissora para o aumento do conhecimento em saúde dos pacientes e dos seus familiares na gestão dos sintomas (Wittenberg, Goldsmith, Ferrell e Platt, 2015, p. 711).

Jackson (1992), num estudo com quatro amostras de *clusters* de 95 estudantes, afere se diferentes quantidades de linguagem técnica e de informação médica sobre a mononucleose (variáveis independentes) afetam a satisfação cognitiva dos recetores, a sua compreensão, a sua perceção sobre a credibilidade do falante, a intenção declarada de cumprir os conselhos e a capacidade de recordar informação (variáveis dependentes). Os resultados indicam que: a) as pontuações de satisfação, compreensão e recordação cognitiva foram substancialmente menores nas condições técnicas do que nas condições não técnicas; b) não se apurou uma relação entre o tipo de linguagem (técnica vs. não técnica) e a intenção declarada dos sujeitos de cumprir os conselhos e a perceção sobre a credibilidade do falante; e c) a quantidade de informação não estava significativamente relacionada com alguma das variáveis dependentes (Jackson (1992).

Também, no estudo de Wittenberg-Lyles e outros (2013) sobre o uso de jargão técnico junto das famílias dos pacientes, que consistiu na análise de 47 transcrições de reuniões (de 2 a 7) entre a equipa de cuidados paliativos e os cuidadores informais (n=18), foram introduzidas 410 palavras médicas, das quais 341 pela equipa médica e 69 pelos familiares (p. 1136). Os resultados apontam que os membros da equipa usam seis vezes mais o jargão técnico com estes familiares e esta linguagem complexa, sobretudo ligada à medicação, não é explicada, ficando por saber se é compreendida por estes familiares (Wittenberg-Lyles e outros, 2013, p. 1137). Quase três quartos das palavras médicas usadas pela equipa não é explicado aos cuidadores e, quando os médicos usam estas palavras técnicas, distanciam-se dos pacientes e das suas famílias, diminuindo a confiança, a satisfação e a intenção de adesão do paciente (Street, O'Malley, Cooper & Haidet, 2008; Wittenberg, 2013, p. 1137). Neste sentido, o papel e as orientações institucionais das organizações de saúde nas quais os profissionais de saúde estão integrados, também influenciam, positiva ou negativamente, os resultados de literacia em saúde na relação interindividual entre os profissionais de saúde e os seus pacientes e famílias.

3.4.3. A competência positividade e os seus contributos para a relação terapêutica

A positividade associa-se ao uso da linguagem verbal e não verbal com conotação positiva, associada à motivação que visa obter resultados no tratamento, surtindo um efeito atraente sobre os pacientes (Joseph, 2015, p. 652). Outra das formas de manifestação da positividade consiste na aprendizagem (conhecimento) e prática consciente (capacidade e desenvolvimento de atributos) da apreciação do outro (Seligman e outros, 2005), da gratidão (Toepfer, Cichy & Peters, 2012) e da bondade (Lyubomirsky & Layous, 2013).

Seligman e outros autores da psicologia positiva (2005) referem que as manifestações positivas contribuem para melhorar o bem-estar, mesmo em ambientes físicos ou sociais de pobreza, isolamento, exclusão social e stress. Também foi observado que se existir um comportamento positivo, isto é, se o indivíduo agir de uma forma feliz, tende a fazer as outras pessoas felizes (Fowler & Christakis, 2008). Nørgaard (2011) dá

o exemplo do estudo em que os cirurgiões ortopédicos, que escolheram as suas palavras cuidadosamente, conseguiram evitar reações específicas negativas e reduzir a dor dos seus pacientes (p. 2). Nesta linha de relação causal, os estudos de Enk, Benedetti e Schedlowski (2008) reportam que uma mudança positiva de expectativas, por exemplo, sugestões verbais positivas, pode levar à redução da dor e melhoria do ritmo cardíaco, pressão sanguínea e outras medições fisiológicas.

Para caracterizar um sujeito com competências (conhecimento, capacidade e atributos) positivas, elencam-se, a título de exemplo, os resultados do estudo de Luthans, Youssef e Avolio (2007, p. 3), que referem que é aquele que: 1) é confiante (atributos) para acionar o esforço necessário para o êxito em tarefas desafiadoras (capacidade); 2) faz uma atribuição positiva sobre o êxito presente e futuro (capacidade); 3) sabe perseverar em direção a metas e, quando necessário, redirecionar caminhos para metas (esperança) rumo ao êxito (conhecimento); e 4) quando assolado por problemas e adversidades, sabe ser resiliente (conhecimento e atributos).

A revisão da literatura tem mostrado os contributos benéficos do uso da positividade nos encontros terapêuticos. Para a psicologia positiva, a positividade produz uma mudança na mente do sujeito, que o faz trocar os pensamentos negativos pelos positivos, alterando, também, os objetivos e os limites da sua mente (Seligman e outros, 2005). Thomas (1987) sugere que o médico pode ser o mais vital componente do *efeito placebo*, através de uma conversa positiva e de reforço com o paciente (p. 1200). Este argumento é confirmado por Wise e outros (2009), num teste aleatório com 601 asmáticos, que, com o desenvolvimento positivo de expectativas, tiveram um resultado melhor no reporte de sintomas e controlo da asma.

Neumann e outros (2010), numa revisão da literatura, também concluem que “as sugestões verbais positivas dos médicos são capazes de aumentar e/ou substituir os efeitos do tratamento médico” (p. 309). Estes autores reforçam que as evidências neurobiológicas mostram que a interação entre o profissional e o paciente aumenta a efetividade do tratamento médico (Neumann e outros, 2010, p. 311).

Através de revisão sistemática da literatura, efetuada por Di Blasi, Harkness, Ernst, Georgiou e Kleijnen (2001), e mais tarde, numa revisão sistemática e metanálise feita por Howick e outros autores (2018), combinando dados de estudos sobre

intervenções de empatia (prática de empatia) e intervenções com expectativas (nas quais os profissionais enviaram mensagens positivas para promover as expectativas positivas dos pacientes sobre os resultados), concluiu-se que a empatia e a comunicação positiva, desenvolvidas de forma intencional, prática (capacidades e atributos) e, por isso, com preparação prévia (conhecimentos), podem ajudar a melhorar os resultados em saúde dos pacientes. Os benefícios da prática da competência de positividade estendem-se também aos profissionais de saúde, sendo verificados nos estudos de Berman e Chutka (2016) e de Stewart (1995), em que a prática de uma relação positiva contribui para um reforço da eficiência e da satisfação do profissional pela sua profissão (p. 243).

Reforçando a positividade da relação, Suchman, Roter, Green e Lipkin (1993) sublinham que a satisfação do profissional se desdobra, intrinsecamente, na qualidade da relação com o paciente e na natureza cooperativa deste e, entre os fatores extrínsecos, na adequação da recolha de dados e no uso apropriado do tempo.

As pessoas que pensam positivamente têm maior probabilidade de fazer mudanças porque acreditam que essa mudança é possível (Corbin, McConnell, Le Masurier, Corbin & Farrar, 2014, p. 55). A linguagem positiva pode, literalmente, mudar o cérebro e auxilia uma boa saúde mental e física (Corbin e outros, 2014, pp. 53-55). Nesta aprendizagem da competência, Corbin e outros (2014) avançam, entre outras recomendações, a mudança de linguagem, evitando o uso de palavras negativas, como *eu não posso, nunca, eu não e não vou*. Em sua substituição e construindo um enquadramento para ideias e frases positivas, devem ser usadas palavras, como *eu escolho, eu posso, eu vou*. Pensar positivamente mostra que se aprende mais rápido e a pessoa torna-se mais confiante, pelo que discursos negativos (do profissional de saúde) tendem a influir negativamente sobre o paciente (Corbin e outros, 2014, p. 140).

No quadro 16 e a partir da literatura, apresenta-se a composição da positividade como competência.

Quadro 16. A composição da competência positividade

DIMENSÃO	AUTORES
CONHECIMENTOS	Berman e Chutka (2016)
Saber apreciar o outro	Corbin e outros (2014)
Saber como ser grato e bondoso	Di Blasi e outros (2001)
Saber escolher as palavras cuidadosamente, de modo a evitar reações negativas	Dougherty e Larson (2005)
Saber princípios orientadores, como: agir de uma forma feliz, tende a fazer as outras pessoas felizes; a positividade produz uma mudança na mente do sujeito, que o faz trocar os pensamentos negativos pelos positivos, alterando, também, os objetivos e os limites da sua mente, as sugestões verbais positivas dos médicos são capazes de aumentar e/ou substituir os efeitos do tratamento médico	Ergbert e outros (1964)
CAPACIDADES	Fowler e Christakis (2008)
Construir um enquadramento para ideias e frases positivas, utilizando palavras como <i>eu escolho, eu posso, eu vou</i>	Luthans, Youssef e Avolio (2007)
Evitar o uso de palavras negativas, como <i>eu não posso, nunca, eu não e não vou</i>	Neumann e outros (2010)
Fazer uma atribuição positiva sobre o êxito presente e futuro	Joseph (2015)
Usar a linguagem verbal e não verbal com conotação positiva	Lyubomirsky e Layous (2013)
ATRIBUTOS PESSOAIS	Manojlovich e Antonakos (2008)
Ser confiante	McCaffrey e outros (2011)
Ser positivo, otimista e esperançoso	McNeil, Pauker, Sox e Tversky (1982)
	Neumann e outros (2010)
	Roter e Hall (1989, 2006)
	Roter, Hall e Katz (1988)
	Stemple e Hapner (2014)
	Stewart (1995)
	Stortenbeker e outros (2018);
	Suchman, Roter, Green e Lipkin (1993)
	Sauter (2017)
	Seligman e outros (2005)
	Toepfer e outros (2012)
	Thomas (1987)
	Wise e outros (2009)

Fonte: Elaboração própria.

Mais distante no tempo, Egbert, Battit, Welch e Bertlett (1964), através de um estudo que envolveu encorajamento e educação de 97 pacientes cirúrgicos, conseguiram verificar que é possível reduzir a medicação para a dor pós-operatória e o internamento em metade dos participantes (divididos em dois grupos) através de

métodos de relaxamento e respiratórios e empoderamento verbal positivo dos pacientes (Neumann e outros, 2010, p. 309). Também conhecer os benefícios dos estilos de vida saudável pode motivar as pessoas a fazerem mudanças positivas (Corbin e outros, 2014, p. 53).

Da mesma forma, quando o profissional de saúde é positivo, otimista e esperançoso, a influência sobre o paciente terá um efeito de espelho (Corbin e outros, 2014, p. 125). Os prestadores de cuidados de saúde podem exortar à autoeficácia do paciente através do uso de um estilo positivo de comunicação (Stemple & Hapner, 2014, p. 489).

Também McNeil e outros (1982), num estudo sobre as diferentes formas em que a informação é apresentada aos pacientes (a probabilidade de viver ou a probabilidade de morrer), avaliaram qual a influência que esse uso de linguagem teria sobre as opções terapêuticas. Pediu-se a 238 pacientes em ambulatório, a 424 radiologistas e a 491 estudantes graduados que simulassem que tinham cancro na garganta, e registaram-se as respostas quando se apresentaram aos pacientes as opções sobre terapia por radiação ou por cirurgia. Foram dadas duas hipóteses aos pacientes para fazerem uma cirurgia: 1) aumentar a probabilidade de sobrevivência; e 2) diminuir o risco de morte (McNeil e outros, 1982, p. 1260). Os resultados mostraram que as pessoas selecionavam mais facilmente a cirurgia quando percecionavam os termos sobre “probabilidade de sobrevivência”, refletindo, aqui, não apenas o tipo de linguagem utilizada, como também a forma positiva de estruturar os resultados da opção (vida ou morte) pelo que a consciência dos efeitos (sobrevivência em vez de morte) pode ajudar a reduzir os vieses entre profissionais e pacientes e melhorar a qualidade da tomada de decisão (McNeil e outros, 1982, p. 1262). Já McCaffrey e outros (2011) analisaram um programa educacional e experimental de comunicação positiva entre enfermeiros e médicos internos, demonstrando que este tipo de comunicação se associa ao aumento de cuidados com os pacientes (p. 126), assim como contribui para a diminuição de erros (Dougherty & Larson, 2005; Manojlovich & Antonakos, 2008).

Resumem-se, no quadro 17, os benefícios da positividade.

Quadro 17. Benefícios da positividade

PROFISSIONAIS	AUTORES
Aumento da interação positiva e construtiva Aumento da satisfação do trabalho em equipa Boa saúde mental e física Diminuição de erros Maior eficiência Melhoria da recolha de dados Melhoria da qualidade da tomada de decisão Mudança da mente Qualidade da relação Redução dos enviesamentos Resiliência Satisfação Uso apropriado do tempo	Berman e Chutka (2016) Corbin e outros (2014) Di Blasi e outros (2001) Dougherty & Larson (2005) Ergbert e outros (1964) Joseph (2015) Manojlovich e Antonakos (2008) McCaffrey e outros (2011) McNeil e outros (1982) Neumann e outros (2010) Roter e outros (1988) Stemple e Hapner (2014) Stewart (1995) Stortenbeker e outros (2018) Suchman, Roter, Green e Lipkin (1993) Thomas (1987) Wise e outros (2009)
PACIENTES	
Boa saúde mental e física Diminuição da dor Diminuição do tempo de internamento Efeito placebo Melhoria da qualidade da tomada de decisão Melhoria dos resultados de saúde Mudança da mente Redução da medicação Redução da pressão sanguínea e outras questões fisiológicas Redução dos enviesamentos Resiliência Satisfação	

Fonte: Elaboração própria.

Noutro estudo sobre a positividade, mas relacionada com a ansiedade, Stortenbeker e outros (2018) quantificam as comunicações positivas dos médicos de MGF e avaliam a sua relação com a ansiedade do paciente. Os investigadores compararam o uso da linguagem de 18 médicos holandeses de MGF, durante 82 consultas, em pacientes com sintomas medicamente inexplicáveis (MUS) versus pacientes com sintomas explicados clinicamente (MES). O conteúdo da mensagem (positivo ou negativo) foi diferenciado pela sua frontalidade (direta ou indireta) e relacionado com as alterações na ansiedade do estado do paciente (através do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade-STAI) (Stortenbeker e outros, 2018). A ansiedade, de ambos os grupos de pacientes, aumentou, quando os médicos usaram mensagens negativas mais diretas (vs. indiretas) (Stortenbeker e outros, 2018). As mensagens negativas diretas estiveram mais relacionadas com um aumento da

ansiedade do paciente, pelo que, entre as conclusões do estudo, há evidência que os médicos conseguem gerir melhor a ansiedade do paciente se utilizarem mensagens negativas indiretas em vez de diretas (Stortenbeker e outros, 2018).

Outra manifestação de positividade ocorre com a produção de iterações que contribuem para a construção de parcerias, de acordo com Roter e outros (1988). As iterações de construção de parceria são, segundo Street (1991), as em que: 1) solicitam ou encorajam o paciente a exprimir opiniões, a colocar questões, sentimento e preocupações; 2) incluem declarações que, explicitamente, concordam com a opinião ou a recomendação do paciente; 3) a opinião do paciente é representada por iterações em que este dá recomendações ou opinião relativa ao seu diagnóstico, tratamento ou matérias relacionadas com as questões administrativas ou de saúde; 4) as expressões de afeto do paciente incluem emoções, aborrecimentos e preocupações (Pawlowski, 2017); e 5) o paciente coloca diretamente questões ao profissional (Street 1991, p. 544).

Através da medição das iterações de afeto, revelou-se que, em média, um paciente produz 4,8 questões, 6,7 expressões de afeto e 7,5 opiniões e que, em média, os médicos produzem 53,4 declarações informativas e apenas 3,4 iterações de construção e parceria por consulta (Roter e outros, 1988).

CAPÍTULO 4. OPÇÕES METODOLÓGICAS

A palavra *metodologia* estrutura-se através das palavras “‘meta’, ‘odós’, que representam a ‘estrada para’, ‘para além de um caminho’, e ‘logia’, que é a ‘ciência ou o discurso’” (Dias, 2009, p. 20). Assim, a estrutura metodológica para este *caminho* assentou no método misto e, sequencialmente, como técnicas, no *focus group*, no inquérito por questionário e na entrevista. O capítulo reúne informação sobre as decisões metodológicas – a dita *estrada para* alcançar os resultados – e a descrição pormenorizada da operacionalização das técnicas de recolha e análise dos dados.

4.1. Objeto de estudo, pergunta de partida, objetivos e tipo de desenho de pesquisa

O quadro 18 reúne informação sobre o objeto de estudo em abordagem, a pergunta de partida, objetivos e tipo de desenho de pesquisa.

Quadro 18. Enunciação do objeto de estudo, pergunta de partida, objetivos, geral e específicos, e tipo de desenho de pesquisa

Objeto de estudo

O contributo das competências de comunicação do profissional de saúde, concretamente do médico e do enfermeiro, na relação terapêutica com o paciente para a literacia em saúde.

O foco são as competências de comunicação: assertividade, clareza de linguagem e positividade, condensadas num modelo, que se pretende validar, para, assim, oferecer um contributo para a otimização da qualidade da relação terapêutica e, assim, para a melhoria da adesão e da literacia em saúde.

Pergunta de partida

Como é que, na relação terapêutica, as competências de comunicação dos médicos e enfermeiros, concretamente a assertividade, a clareza da linguagem e a positividade, contribuem para a literacia em saúde do paciente?

Objetivo geral

Compreender de que forma a melhoria da relação terapêutica e da literacia em saúde é obtida através do uso interdependente e agregado das competências comunicacionais da assertividade, clareza de linguagem e positividade

Objetivos específicos

Esta investigação compromete-se a:

1. Conhecer a importância que os médicos e enfermeiros atribuem às suas competências de comunicação no contexto da relação terapêutica;

-
2. Explorar como os médicos e enfermeiros percebem, na relação terapêutica, o seu contributo em relação à assertividade, linguagem clara e positividade para a melhoria da literacia em saúde, nas suas dimensões de acesso, compreensão e uso da mensagem (adesão terapêutica), do paciente;
 3. Verificar a importância do modelo ACP – Assertividade, Clareza e Positividade – para o desempenho comunicacional de médicos e enfermeiros e o seu contributo para a melhoria da literacia em saúde do paciente.
-

Desenho de pesquisa

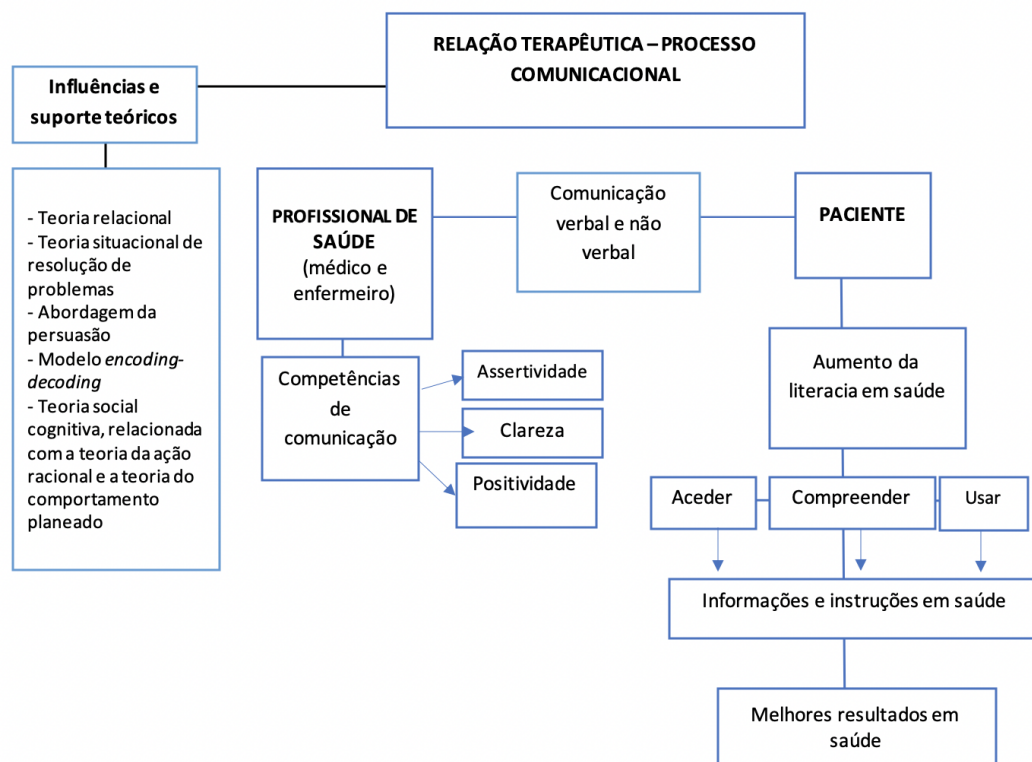
Transversal (*cross-sectional*), por conciliar a pesquisa quantitativa e a qualitativa e procurar associações (Bryman, 2006, p. 104)

Fonte: Elaboração própria.

4.2. Modelo de análise

O modelo de análise procura avaliar o processo comunicacional na relação terapêutica entre profissional de saúde e paciente e agregar, com base na fundação bibliográfica prévia, a utilização conjunta e interdependente das competências de comunicação, assertividade, clareza e positividade, pelo profissional da área da saúde. Pretende-se que este modelo de competências de comunicação em saúde, a ser usado pelo profissional de saúde, contribua para melhorar o acesso, compreensão e uso das instruções em saúde pelo paciente, permitindo, assim, que faça uma melhor gestão da sua saúde e incremente a sua literacia em saúde (figura 14).

Figura 14. Modelo de análise



Fonte: Elaboração própria.

Em termos de processo comunicacional, interessa a esta investigação, no contexto de saúde, as competências a usar pelo emissor (profissional de saúde: médico e enfermeiro), a mensagem, a comunicação verbal e não verbal, as dimensões da literacia em saúde – o acesso, a compreensão e o uso da informação e das instruções de saúde pelo paciente no contexto da relação terapêutica –, a influência do emissor sobre o recetor, a influência das variáveis (ACP) ao nível do composto tridimensional da literacia em saúde, em suma, os efeitos ou contributos do modelo.

O acesso é uma dimensão que se liga à informação que o médico ou enfermeiro disponibiliza ao paciente, a partir da avaliação que faz da sua condição de saúde e das variáveis sociais, demográficas, cognitivas e culturais. A dimensão da compreensão pelo paciente prende-se com a sua descodificação competente e a leitura preferencial, de que falava Hall (1980), e que, na relação terapêutica, é facilitada pelas competências de comunicação do médico ou enfermeiro. A dimensão do uso das informações, prestadas na relação terapêutica, poderá ser confirmada pela técnica *teach-back*, em que se pede ao paciente que *ensine de volta*, antecipando-se que compreendeu a informação que

lhe interessa e que existe potencial de aprendizagem para, depois, saber usar corretamente a informação explicada no dia-a-dia, na gestão da sua saúde, seja na prevenção da doença ou na promoção da sua saúde.

4.3. Método e técnicas

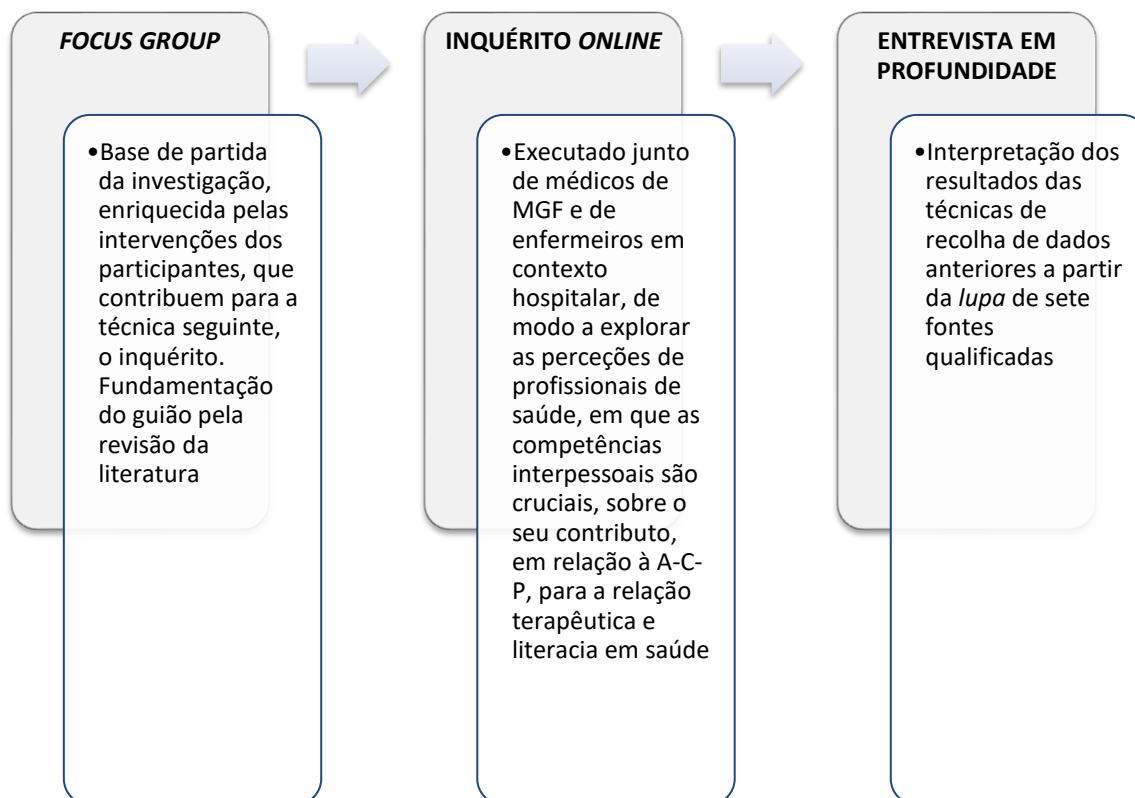
Usou-se o método misto, com combinação entre a pesquisa qualitativa e a quantitativa (Teddlie & Yu, 2007, p. 77), gerando dados complementares, inclusive informação que aprofunda o fenómeno em estudo (Telles-Correia e outros, 2008), e possibilitando que uma técnica ajude a desenvolver ou informar a outra (Bryman, 2012, p. 628) – apêndice 1.

Seguindo o desenho exploratório sequencial (Creswell, 2009, p. 211), a técnica de partida foi o *focus group*, que, através de um guião semiestruturado, permitiu explorar as perceções dos profissionais de saúde sobre a relação terapêutica, a comunicação, a literacia em saúde, as competências de comunicação mais relevantes e a estrutura do modelo ACP decomposta na assertividade, clareza de linguagem e positividade. Procedeu-se, depois, à análise dos dados que consubstanciaram a elaboração do questionário *online* (Questionário de Comunicação e Literacia em Saúde – Q-COM-LIT), que beneficiou dos resultados dos *focus groups*, de outros questionários já validados e da revisão da literatura.

A técnica final foi a entrevista, em profundidade, a sete profissionais de saúde que dominam vários temas, como a comunicação em saúde (José Mendes Nunes, Duarte Brito), o desenvolvimento de competências de profissionais (Lourdes Varandas, Susana Ramos) e a literacia em saúde (Kristine Sørensen, Rosa Pimentel, Tânia Morgado). Todas as técnicas procuram convocar respostas para a pergunta de partida e para os objetivos específicos.

Apresenta-se, na figura 15, o desenho exploratório sequencial.

Figura 15. Resumo das técnicas de recolha de dados



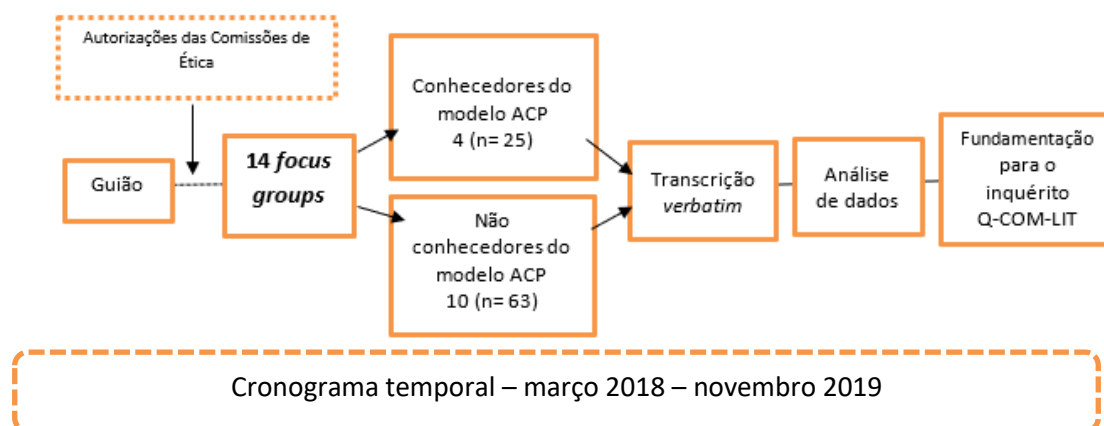
Fonte: Elaboração própria.

Listam-se, de seguida, as técnicas a usar, tendo em conta a sua ordem de aplicação.

4.3.1. *Focus group* (FG)

Foram organizados com profissionais de saúde 14 *focus groups* (FG) com uma composição que incluiu médicos e enfermeiros. O procedimento para a execução dos FG surge na figura 16.

Figura 16. Processo metodológico para a execução dos focus groups



Fonte: Elaboração própria.

A seleção assentou em dois critérios: 1. conhecimento ou não do modelo ACP, de modo a possibilitar uma comparação; 2. tipo de acesso: por conveniência de acesso ou *bola-de-neve*. A razão desta opção (conhecedores e desconhecedores do modelo) prendeu-se com a necessidade de ter uma visão comparativa entre os profissionais de saúde que já tinham conhecimento prévio do modelo e os que ainda não o conheciam, avaliando *in loco* a sua perceção sobre a comunicação em saúde, as competências de comunicação dos profissionais de saúde e a literacia em saúde. Esta comparação serviu, ainda, para observar diretamente as reações e as opiniões dos desconhecedores do modelo, que, apesar de poderem estar em desvantagem, por não conhecerem a interdependência do modelo ACP, revelaram ainda maior entusiasmo pelas competências ACP. A observação direta feita a estes participantes, no contexto dos FG, trouxe um conjunto de mais-valias: 1) ontológicas, através do reconhecimento da capacidade dos indivíduos de avaliarem e manifestarem apetência por algo que desconhecem, mas que conseguem, a nível cognitivo e emocional, mostrar afinidades e desejo de aprendizagem; 2) axiológicas, pelo valor que atribuem à comunicação e às competências de comunicação, embora quase que de uma forma intuitiva; e 3) funcionais, devido ao reconhecimento pelos dois grupos (conhecedores e desconhecedores) da função da comunicação e das competências de comunicação como estruturantes e fundamentais na relação terapêutica.

Foram convidados, por conveniência de acesso, os profissionais de saúde que fizeram o curso de formação avançada de comunicação e literacia em saúde no Instituto

Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), entre 2012 e 2016, e os profissionais de saúde que fizeram a pós-graduação em literacia em saúde do ISPA (2017/2018), por serem conhecedores e entusiásticos das questões da comunicação e da literacia em saúde. Tal como no estudo de Sperati e outros (2019, p. 3), relacionado com perceção e barreiras dos profissionais de saúde, estes médicos e enfermeiros portugueses foram selecionados de forma *deliberada* e, conforme assumem Teddlie e Yu (2007), este critério conduz a uma maior profundidade da informação através de um grupo de casos cuidadosamente selecionados (p. 83).

Pela falta de resposta da Comissão de Ética (CE) da ARSLVT, optou-se por avançar para outra solução que conseguisse atingir resultados consistentes para a primeira etapa da investigação, com a inclusão tanto de médicos como de enfermeiros que estivessem habituados a lidar com pacientes de uma forma mais continuada e com proximidade.

Depois das autorizações, quase imediatas, do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto (IOGP), do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA) e do Hospital de Sant’Ana (HOSA), optou-se por avançar para a execução dos FG com enfermeiros.

Foi, também, submetido o pedido à CE do HFF, motivado pela sua dimensão e enquadramento numa área com elevado índice de população migrante e com carências económicas (Ministério da Saúde. HFF, 2020). Uma vez que este pedido de autorização ao HFF (28-08-2019) ocorreu após a concretização dos *focus groups* com enfermeiros e face a uma ausência de autorização da CE da ARSLVT para aceder aos médicos em exercício nos centros de saúde, optou-se por avançar, após a reunião de 7 de outubro de 2019 com os diretores de serviço das várias especialidades do HFF, para a organização dos *focus groups* com médicos deste hospital (Autorização da CE n.º 57/2019). Pelas suas características de continuidade do apoio prestado aos seus pacientes (pediatria, ginecologia, doenças infetocontagiosas), considerou-se que esta robustez do acompanhamento – que permite estruturar efetivamente a relação terapêutica – estaria assegurada, como se confirmou durante as sessões de discussão.

Depois do convite deliberado e, numa lógica *bola-de-neve*, foram autorizados: a) pelo Conselho Diretivo do IOGP a execução de três FG (anexo 5); b) pela CE do Hospital Fernando da Fonseca (HFF) (anexo 6) a constituição de cinco FG entre os médicos das

várias especialidades (e.g. medicina interna, pediatria, infecologia, cuidados intensivos), que foram selecionados pelos diretores de serviço, c) pelo enfermeiro diretor do CMRA a realização de um FG; e d) pela enfermeira diretora do HOSA a realização de um FG.

Em suma, a opção, nesta primeira fase de recolha de dados, incidiu sobre a auscultação de médicos e enfermeiros, independentemente da sua especialidade e da sua localização, uma vez que se pretendeu obter a maior diversidade de perceções sobre a temática e contrastar os pontos de vista dos conhecedores do modelo (incluindo enfermeiros e médicos de várias especialidades) e, em paralelismo, compará-los com os de grupos similares de médicos e enfermeiros que não conhecessem o modelo. Na medida em que o número de enfermeiros foi maior entre os conhecedores e como se pretendia um maior equilíbrio entre médicos e enfermeiros, optou-se, após a autorização da CE do HFF, que os participantes fossem apenas médicos (uma vez que também se tinha o conhecimento de que no inquérito Q-COM-LIT o número de enfermeiros, devido à proporcionalidade das quotas, seria em maior número). Notou-se alguma dificuldade em fazer participar indivíduos do género masculino, sobretudo entre os enfermeiros, o que reflete a taxa de feminização alta, de 83,4% desta categoria profissional (SNS, 2016, p. 149).

A dimensão dos 14 FG variou entre seis e sete pessoas, seguindo o que é proposto por Bryman (2012, p. 507). O número de FG a realizar dependeu do critério da saturação, isto é, até os padrões começarem a ser repetidos (Bryman, 2012, p. 505), também usado no estudo de Sperati e outros (2019, p. 3).

Na presente investigação e em números totais, efetuaram-se 14 FG (n=88), 10 FG com profissionais que não conheciam o modelo ACP (n=63) e 4 FG com profissionais que o conheciam (n=25), totalizando 88 participantes. Os FG compuseram-se de profissionais de saúde, de ambos os géneros, que desenvolvem a sua atividade na área metropolitana de Lisboa – a mais populosa do país (NUTS III) –, em unidades de cuidados primários (centros de saúde) e secundários (hospitais), de modo a contemplar uma ampla abrangência do tipo de interventores em saúde pública. Sintetizam-se os dados sobre os *focus groups* (tabela 1).

Tabela 1. Informação sobre os focus groups

Informações	Números e datas	
Total de <i>focus group</i>	14	
Datas de realização dos 14 FG 17 março 2018; 9 julho 2019; 3 julho 2019; 1 agosto 2019; 13 agosto 2019; 25 setembro 2019; 2 outubro 2019; 17 outubro 2019; 18 outubro 2019; 22 outubro 2019; 23 outubro 2019 (manhã); 23 outubro 2019 (tarde); 28 outubro 2019; 15 novembro 2019		
Total de não conhecedores do modelo ACP (10)	= 63 participantes	
Total de conhecedores do modelo ACP (4)	= 25 participantes	
Total dos 14 FG	88 participantes	
<ul style="list-style-type: none">Género feminino	64	72,7%
<ul style="list-style-type: none">Género masculino	24	27,3%
<ul style="list-style-type: none">N.º de médicos participantes	40	45,5%
<ul style="list-style-type: none">N.º de enfermeiros participantes	48	54,5%
Média de idades (n=88)	43,2	
Idade do mais jovem	24	
Idade do mais velho	68	

Fonte: Elaboração própria.

A informação sobre a composição dos vários *focus groups* (14), a sua numeração, profissão, idade, género e anos de profissão e locais onde decorreram os FG está disponível no apêndice 2.

Foi usado um guião semiestruturado (apêndice 3), com seis perguntas abertas, considerando as dimensões: 1) relação terapêutica; 2) competências de comunicação; 3) assertividade; 4) linguagem clara; 5) positividade; e 6) contributo do modelo ACP para o êxito da relação terapêutica. Concretamente, os FG permitiram conhecer as competências de comunicação que assistem o profissional de saúde e valorizadas por este, explorar os conceitos-competências que compõem o modelo ACP, reunir a perceção, avaliação e validação dos profissionais sobre o modelo, retirar ensinamentos para o inquérito por questionário (Q-COM-LIT). Portanto, esta técnica combina respostas exploratórias e qualitativas para os objetivos específicos.

No fim dos FG e com fins de sistematização e quantificação, cada participante foi encorajado, com base numa lista de 40 itens/indicadores – tabela de composição das competências –, a selecionar, por concordância ou discordância, os associados às competências de comunicação na relação terapêutica. Assim, pretende-se reunir informação ao nível da composição de cada competência.

4.3.2. Inquérito por questionário – Q-COM-LIT (Questionário de Comunicação e Literacia em Saúde)

O inquérito por questionário é uma técnica de recolha de dados que visa a sua análise quantitativa e, na presente investigação, é usado, sobretudo, para concretizar o segundo objetivo específico: explorar como os médicos e enfermeiros percecionam, na relação terapêutica, o seu contributo em relação à assertividade, linguagem clara e positividade para a melhoria da literacia em saúde, nas suas dimensões de acesso, compreensão e uso da mensagem (adesão terapêutica), do paciente. A validade dos resultados verificou-se na intenção de o questionário refletir os conceitos (Bryman, 2012, p. 47), neste caso as competências de comunicação, os intrínsecos ao modelo ACP e as dimensões da literacia em saúde. Pretende-se que o Q-COM-LIT (apêndice 4) funcione como um contributo prático na avaliação das autoperceções das competências de comunicação do profissional de saúde e que sirva de modelo futuro nesta avaliação dos profissionais de saúde.

Partiu-se de uma pesquisa de instrumentos já aplicados e validados (anexos 1, 2), com referência à temática da comunicação (e.g. Cegala, 2003; Ferreira, Raposo & Pisco, 2017; Finset & Mjaaland, 2009; Makoul, 2001; Neumann e outros, 2010; McGee & McNeilis, 1996; Silverman e outros, 2013; Schriver e outros, 2010) e da literacia em saúde (Sørensen e outros; Saboga-Nunes, 2014), conforme o quadro 19.

Quadro 19. A base fundacional do Q-COM-LIT

Fundamento	N.º das perguntas (em espelho as correspondentes ao EUROPEP e ao HLS-EU-PT)	Fontes e n.º das perguntas que serviram de inspiração
European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP)	Assertividade – 7, 9, 10, 11 Clareza – 3, 5, 6, 7, 8 Positividade – 3, 7, 8, 9	2, 6, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 23, 25
HLS-EU-PT	Assertividade – 2, 3, 8, 10, 13 Clareza – 2, 10, 11, 12 Positividade – 11, 12	5, 9.2, 9.3, 9.13, 17, 47 a)
Focus groups	Assertividade – 1, 8 Clareza – 2, 10, 11, 12 Positividade – 4, 5	14 <i>focus groups</i> com médicos e enfermeiros
Revisão da literatura	Assertividade – 4 Clareza – 1, 9, 13 Positividade – 1, 2, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13	Calgary Cambridge Guide Cegala, Mcgee e McNeil, 1996 Cegala, Coleman e Turner, 1998 Finset e Mjaaland, 2009, p. 328 Kalamazoo Consensus Statement Makoul, 2001, p. 18 Neumann e outros, 2010 Silverman e outros, 2013
Regulamento dos Enfermeiros 140/2019	Assertividade – 6, 13	D.1.2.1.2; D.1.2.4
Checklist do governo australiano (anexo 4)	Inspiração nos princípios da acessibilidade para todos na construção do questionário Q-COM-LIT	Documento enviado pelo governo australiano em 24 de setembro de 2019: <i>Accessible information for all</i> <i>Victorian Government standards for making information easy to read and understand</i>

Fonte: Elaboração própria.

Atendendo aos objetivos de investigação, considerou-se pertinente auscultar a autoperceção dos profissionais de saúde sobre questões de comunicação também aplicados aos pacientes, para que, em paralelismo, se conseguisse obter uma visão

espelhada dos temas que são importantes para estes, uma vez que os resultados finais pretendidos da relação terapêutica são a compreensão e a adesão dos pacientes.

Depois de recolhidas as autorizações para o uso destes questionários (anexos 1 e 2), propôs-se um instrumento sincrético, cruzando as componentes das competências de comunicação – assertividade, clareza e positividade – com as dimensões do acesso, compreensão e uso (literacia em saúde).

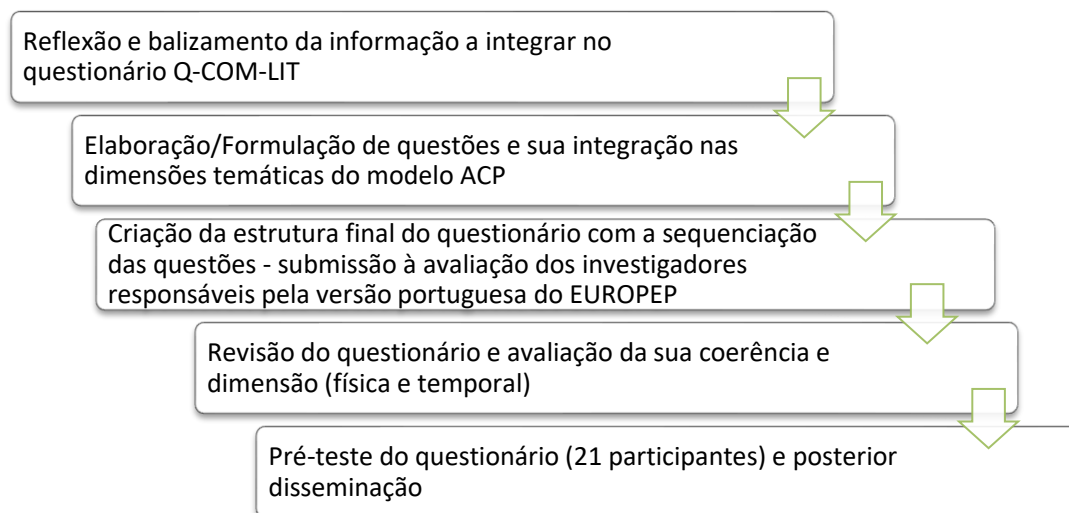
O Q-COM-LIT compõe-se de 50 perguntas: caracterização sociodemográfica (n=7), guiões (n=3); assertividade (n=13); clareza (n=13); positividade (n=13); questão final aberta (n=1). O grupo de questões ACP compreende as numeradas com 9 a 11, perfazendo um total de 39 itens. Foi usada uma escala de Likert (1. Péssimo; 2. Mau; 3. Suficiente; 4. Bom; 5. Excelente) para avaliação individual do profissional, baseando-nos em Bryman (2012, p. 166) e nos estudos semelhantes de avaliação de competências de profissionais de saúde que usaram a escala de Likert, como o de Cegala e outros (1998), Knapp, Raynor, Thistlethwaite e Jones (2009), Sperati e outros (2019). Tal como no HLS-EU (2012), não existe uma categoria neutral, e foram integradas tarefas/situações. Marôco e Garcia-Marques (2006) também confirmam que, nas ciências sociais, são geralmente usadas escalas multi-item, para avaliar diferentes capacidades, características de personalidade, ou outras dimensões psicológicas (p. 69).

Para aprimorar a enunciação e a ordem das perguntas, fez-se um pré-teste, que reuniu, entre 22 de setembro e 10 de novembro de 2019, 21 participantes.

Pelo prestígio do EUROPEP (1996, 2017), questionário de satisfação de utentes em Portugal (anexo 1), e por terem sido os investigadores responsáveis pela sua tradução, disseminação e avaliação, considerou-se útil submeter previamente o Q-COM-LIT à apreciação dos Professores Doutores Pedro Ferreira e Victor Raposo, que o avaliaram muito positivamente.

Para o desenvolvimento do Q-COM-LIT, foram seguidas as seguintes fases (Fortin, 2003, pp. 250-253) – figura 17.

Figura 17. Fases da formação do Q-COM-LIT



Fonte: Baseado em Fortin, 2003, pp. 250-253.

4.3.2.1. A amostra do inquérito por questionário Q-COM-LIT

A amostra do Q-COM-LIT compõe-se de médicos de medicina geral e familiar (MGF) e de enfermeiros em contexto hospitalar, a atuar na área metropolitana de Lisboa – a mais populosa do país (NUTS III), com 2 812 678 habitantes em 2015 –, permitindo obter uma perspetiva comparada das competências comunicacionais dos médicos que têm uma proximidade e continuidade do contato com o paciente e dos enfermeiros em contexto hospitalar que gerem situações de maior pontualidade.

Escolhe-se a MGF como especialidade, pois é a que tem mais proximidade e relação de continuidade com os pacientes e com a sua envolvência e é “o primeiro ponto de contacto médico com o sistema de saúde” com acesso aberto e ilimitado aos seus utentes e lidando com todos os problemas de saúde (Wonca, 2002, p. 6). A sua escolha também radica no seu peso numérico, sendo os médicos desta especialidade os que registam, em Portugal, o maior crescimento, com mais de sete mil profissionais entre 1990 e 2018 (Pordata, 2019).

Adicionalmente, de acordo com Wonca (2002), a evidência científica a nível internacional indica que os sistemas de saúde, baseados em cuidados primários efetivos com médicos generalistas (médicos de MGF) altamente treinados e exercendo na

comunidade, prestam cuidados com maior efetividade, tanto em termos de custos como em termos clínicos, em comparação com os sistemas com uma fraca orientação para os cuidados primários (Wonca, 2002, p. 4). A MGF também se caracteriza por ter um processo de consulta singular, em que se estabelece uma relação ao longo do tempo, através de uma comunicação médico-paciente efetiva (Wonca, 2002, p. 6, alínea d).

A amostra também se compõe de enfermeiros em contexto hospitalar, por estes lidarem com a instalação da doença num foco de menor prevenção e de maior pontualidade nos contatos (Tomey & Alligood, 2004). Também com base em Lopes (2015), os pacientes, em ambiente hospitalar, valorizam o ambiente relacional, o pessoal de saúde e a enfermeira em particular, que compõem o seu ambiente imediato (p. 7). Ademais, na organização hospitalar, o enfermeiro é o elo de comunicação na equipa (Backes e outros, 2008, p. 325) e a primeira recomendação da American Association of Critical Care Nurses (AACN), para criar um ambiente de trabalho saudável, é a existência de uma comunicação habilidosa. Julga-se, assim, que, dentro deste enquadramento, o enfermeiro em contexto hospitalar tem diariamente de “procurar encontrar formas de interferir nos elementos que constituem o hospital, para minimizar o impacto negativo e as emoções ligadas ao sofrimento que lhe são associadas” (Lopes, 2015, p. 57).

A amostra para o inquérito Q-COM-LIT é não probabilística, por quotas de profissão e género. Com o tipo de amostragem não probabilística, “a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos” (Marôco, 2014, p. 11). Com a amostra não probabilística por quotas pretende-se: a) atingir um “maior rigor quando comparada às demais amostragens não aleatórias” (Fávero & Belfiore, 2017, p. 51); b) avaliar o peso da logística que o contato presencial exige em tempo e custo financeiro: “as principais vantagens de amostragem por quotas são o baixo custo, a rapidez e a conveniência ou a facilidade para o entrevistador selecionar o elemento” (Fávero & Belfiore, 2017, p. 51; Marôco, 2014, p. 11); c) poder ser avaliada por profissionais como “quase tão boa” quanto uma amostra probabilística (Bryman, 2012, p. 201).

O INE (2017; 2018) indica, para a área metropolitana de Lisboa, o total de 12 913 enfermeiros em contexto hospitalar e o de 1 836 médicos de MGF em exercício de

funções. Portanto, um total de 14 749 profissionais de saúde. Na tentativa de se otimizar o mais possível a qualidade da amostra, aplicou-se o cálculo para populações finitas e inseriu-se, através de quotas, proporções da realidade. O total da amostra a compor, aplicando-se o cálculo para populações finitas – <100 mil elementos – (Pocinho, 2009, pp. 18-19) e considerando um nível de confiança de 95% e um erro amostral de 5%, é: 389.

A caracterização sociodemográfica destes inquiridos procura também uma aproximação à realidade portuguesa. Para que a amostra fosse proporcional ao total de médicos e enfermeiros, aplicou-se a regra de três simples. Pretendendo uma amostragem por quotas proporcionais de profissão e género, a amostra para o inquérito compôs-se de 341 enfermeiros (87,7% do total) e 48 médicos de MGF (12,3%). Atendendo à taxa de feminização (SNS, 2016) do pessoal médico – de 59,1% – e a do pessoal de enfermagem de 83,4% (SNS, 2016, p. 149), considera-se entre os médicos 21 do género masculino e 27 do género feminino e, na enfermagem, 283 mulheres e 58 homens (tabela 2).

Tabela 2. Amostra por quotas de género e profissão

Género		N	%	Totais por género e profissão	
	Masculino	79	20,3	21 Médicos	58 Enfermeiros
	Feminino	310	79,7	27 Médicas	283 Enfermeiras
	Total	389	100,0	48 – 12,3%	341 – 87,7%

Fonte: Elaboração própria.

Foi efetuada a submissão do pedido de aplicação do inquérito às Comissões Éticas da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), e à CE do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC). Dentro do CHULC, foi obtida a autorização pela CE (anexo 3), através do seu Conselho de Administração, para aplicação do questionário *online*.

Para a distribuição do inquérito a enfermeiros hospitalares, entre os vários centros hospitalares da área metropolitana de Lisboa, o CHULC é um dos mais procurados pelos utentes (Lusa, 2018), também com foco na “prevenção e continuidade de cuidados” (CHULC, 2020), conforme o primado do doente, adicionando-se a este critério de escolha a dimensão, localização geográfica e especialidades. O CHULC (criado em 28-02-2007 pelo dec. lei n.º 50-A/ 2007) juntou o Centro Hospitalar de Lisboa, Zona Central (H. de S. José, H. de Santo António dos Capuchos, H. de Santa Marta, H. D. Estefânia, H. de Curry Cabral e Maternidade Dr. Alfredo da Costa).

O Q-COM-LIT, alojado no *Google Forms*, foi distribuído aos enfermeiros, por via digital (por *e-mail*), através da sua Direção de Enfermagem, do Secretariado da Administração e da Associação Científica de Enfermeiros (ACE), que tem uma grande parte dos seus inscritos afetos ao CHULC. O questionário, também, foi enviado para o IOGP, para o CMRA e para o diretor clínico e para a enfermeira diretora da Direção de Saúde da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), que reenviaram, por sua vez, a alguns dos seus contatos de médicos e enfermeiros (apêndice 5). Intentando-se a maior cobertura possível, o questionário foi, ainda, disseminado através de bases de dados compostas de médicos e enfermeiros e via *online* nas redes sociais, *LinkedIn* e *Facebook* (apêndice 6), contando-se, também, com o empenho dos profissionais de saúde que concluíram a pós-graduação de literacia em saúde no ISPA em 2017/2018. O *LinkedIn* foi escolhido por ser uma rede dirigida a profissionais, em coerência com o público-alvo do inquérito: os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros. O *Facebook* é a maior rede social *online*, reunindo 2,45 biliões de utilizadores ativos mensalmente (Clement, 2019) e quase todos os utilizadores de *media* sociais estão nesta rede (Influencer Marketing Hub, 2019).

Existem alguns inconvenientes na utilização das redes sociais *online*. George, Rovniak e Kraschnewski (2013) alertam para os perigos da utilização das redes em temas relacionados com a saúde, sobretudo a transformação de assuntos e, neste caso, a reutilização do inquérito por questionário, para más práticas ou informações erradas (p. 2). Outra razão prende-se com a disponibilidade de tempo e a utilidade atribuída à internet, pois, embora as pessoas com mais alto rendimento e educação (como é o caso dos profissionais de saúde) tenham maior probabilidade de adotar a internet, não quer

dizer que passem mais tempo *online* devido a diferenças: 1) no custo de oportunidade do lazer; 2) na utilidade das atividades *online*; 3) na quantidade de tempo de lazer e 4) na seleção dos conteúdos (Goldfarb & Prince, 2008, p. 2), podendo, assim, não considerar útil a participação num inquérito *online*.

No entanto, esta disseminação via *online* permitiu agilizar o estudo, pela capacidade de ultrapassar as questões logísticas que o contato presencial provoca e, segundo Andrews, Nonnecke e Preece (2003), os resultados não diferem do inquérito presencial, “promovendo vantagens quanto à rapidez na distribuição e nos ciclos de resposta” (p. 2).

A faixa etária dos 35 aos 44 anos representa 35,7% dos respondentes, seguida da faixa dos 45 aos 54 anos com 23,9%, da dos 25 aos 34 anos com 22,9% de respondentes, 3,9% de profissionais dos 18 aos 24 anos e apenas 1,5% acima dos 65 anos. Um total de 59,1% está casado ou a viver maritalmente, enquanto que 27% dos respondentes são solteiros e 13 % divorciados ou viúvos. É no concelho de Lisboa que reside a maioria (31,9%). Também 60,7% trabalha no CHULC, refletindo o resultado da disseminação neste centro hospitalar, após a autorização da CE (processo 704/2019).

Apresenta-se a caracterização da amostra dos inquiridos no Q-COM-LIT na tabela 3 - apêndice 7).

Tabela 3. Caracterização da amostra

Tamanho da amostra	389 profissionais de saúde, a atuar na área metropolitana de Lisboa	
Erro amostral e intervalo de confiança	Erro amostral: 5%; intervalo de confiança: 95%	
Tipo de amostra	Não probabilística, por quotas de profissão e género. Composta em contexto digital	
Caracterização sociodemográfica da amostra		
P.1 - Género	Feminino: 79,7% Masculino: 20,3%	
P.2 - Faixa etária	18-24 anos: 3,9% 25-34 anos: 22,9% 35-44 anos: 35,7%	45-54 anos: 23,9% 55-64 anos: 12,1% 65 anos e mais: 1,5%
P.3 - Estado Civil	Solteiro/a: 27% Casado/a ou a viver maritalmente: 59,1%	Divorciado/a: 13 % Viúvo: 0,3%
P.4 - Concelho de residência	Alcochete: 0,5% Almada:5,7% Amadora: 10,5% Barreiro: 3,1%	Montijo: 1,3% Oeiras: 6,2% Setúbal: 3,6% Palmela: 0.8

	Cascais: 11,8% Lisboa: 31,9% Loures: 9,5% Mafra: 1,8%	Seixal: 2,8% Sesimbra: 0,8% Sintra: 5,9% Odivelas: 3,9%
P.5 - Profissão	Médicos/as: 12,3% Enfermeiros/as: 87,7%	
P.6 - Concelho onde trabalha	Almada: 1,8% Amadora: 2,8% Barreiro: 0,8% Cascais: 9% Lisboa: 77,1% Loures: 2,6% Mafra: 0,3%	Montijo: 0,8% Oeiras: 0,8% Setúbal: 1,3% Seixal: 0,8% Sintra: 1,5% Odivelas: 0,5%
P.7 - Hospital/centro de saúde no qual trabalha	Almada / Seixal: 2,3% Amadora: 2,6% Arco Ribeirinho: 1,3% Arrábida: 0,8% Cascais: 6,7% Estuário do Tejo: 0,8% Lisboa Central: 60,7% Lisboa Norte: 2,8% Lisboa Ocidental e Oeiras: 5,1% Loures / Odivelas: 2,6% Sintra: 2,1%	Hospital Beatriz Ângelo: 0,3% Centro Hospitalar de Setúbal: 0,5% CMRA: 0,5% IPO: 2,8% HOSA: 1,8% SCML: 2,3% HPRIVADO: 1,8% IOGP: 1,3% H. FORÇAS ARMADAS: 0,8% HFF: 0,3%
Pré-teste	22 de setembro a 10 de novembro de 2019	
Período de distribuição do questionário	11 de novembro a 19 de dezembro 2019	

Fonte: Elaboração própria.

Para a análise estatística, descritiva e inferencial, dos dados, usou-se o *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). A análise descritiva compõe-se de uma análise univariada, com medidas de tendência central para variáveis de tipo qualitativo: mediana, moda e percentis (Marôco, 2014, pp. 17-18), e, ainda, de uma análise bivariada e multivariada - apêndice 8.

A análise inferencial incide na combinação entre *clusters* e componentes principais, visando obter “grupos homogêneos relativamente a uma ou mais características comuns” (Marôco, 2014, p. 531).

4.3.2.2. Índice de confiabilidade alfa de Cronbach

Considerando os índices de confiabilidade, que se situam entre 0,75 e 1 e, atendendo ao resultado para o alfa de Cronbach do Q-COM-LIT de 0,788 (para os 50 itens), os valores confirmam a confiabilidade do instrumento.

Embora as questões sociodemográficas do inquérito não estivessem nos valores que poderiam ser considerados baixos (Marôco & Garcia-Marques, 2006), excluindo-as o resultado subiu para um índice de confiabilidade de 0,959 (tabela 4).

Tabela 4. Alfa de Cronbach do Q-COM-LIT

N.º de itens	N.º de questões avaliadas	Alfa de Cronbach
50	Todas as questões	0,788
42	Inclui questões sobre guiões	0,959
39	Só questões sobre competências ACP	0,961

Fonte: Elaboração própria em SPSS 25.

4.3.3. Entrevista individual em profundidade e semiestruturada

Pela sua capacidade de permitir aprofundar aspetos relevantes do objeto de estudo (Legard, Keegan & Ward, 2003), desenvolveu-se um conjunto de entrevistas após a execução dos FG e do inquérito por questionário. Esta ordem permitiu-nos contar com a interpretação acutilante e rica dos entrevistados sobre os resultados das técnicas aplicadas previamente, em particular alguns dos resultados que mereciam maior detalhe. Durante as entrevistas, procurou-se “fazer aparecer o máximo de elementos de informação e reflexão que servem de materiais para uma análise sistemática de conteúdo” (Quivy & Campenhoudt, 2017, p. 195).

Os potenciais entrevistados, combinando valências de profissionais de saúde (médico ou enfermeiro) e investigadores (nas áreas da comunicação em saúde e da literacia em saúde), funcionaram como informadores qualificados. A sua seleção para esta reflexão aprofundada justificou-se pela sua vasta experiência no campo da saúde, trazendo um olhar de dentro e prático, de investigação e conhecimentos sobre comunicação e literacia em saúde.

Apresenta-se a lista de entrevistados qualificados no quadro 20.

Quadro 20. Informação sobre o painel de entrevistados

Nome	Pertinência	Local	Data
Ana Paula Fernandes	Médica coordenadora de transplantes de órgãos no Hospital Fernando da Fonseca (HFF), especialista em literacia em saúde e com grande competência no contato com familiares	HFF	Outubro 2019, Reforço em janeiro 2020
Duarte Brito	Médico de saúde pública e especialista em suportes de comunicação para pacientes	Espaço público	Novembro 2019, Reforço em janeiro 2020
Lourdes Varandas	Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), enfermeira, com trabalhos publicados nas subáreas da educação em saúde, sendo uma das especialistas em literacia em saúde	ESEL	Janeiro 2020
Rosa Faria Pimentel	Professora Doutora, psicóloga e especialista em literacia em saúde, responsável por projetos de literacia em saúde com populações com baixa literacia em saúde	Skype	Novembro 2020, Reforço em janeiro 2020
Susana Ramos	Mestre, enfermeira-chefe, especialista nas áreas da segurança do paciente e promotora de inúmeros trabalhos tendentes a melhorar a comunicação com os pacientes, dirigente da associação Atua Saúde e professora da Universidade Católica Portuguesa, ESEL e Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa	Espaço público	Janeiro 2020
José Mendes Nunes	Professor Doutor da Universidade Nova de Lisboa, médico, com larga experiência e vários trabalhos publicados na área da comunicação em saúde	Espaço público	Fevereiro 2020
Kristine Sørensen	Professora Doutora, na Universidade de Maastricht, médica, autora principal do Questionário Europeu de Literacia em Saúde (2012) e presidente da International Health Literacy Association (IHLA)	Skype e email	Mai 2020

Fonte: Elaboração própria.

Adotou-se nas entrevistas um guião tipo semiestruturado (apêndice 3) para haver algum padrão para comparar as respostas, mas alguma flexibilidade, de modo a haver fluidez na interação e libertar o entrevistado de amarras de perguntas estanques.

O guião comportou as dimensões temáticas ligadas: a) às competências da comunicação e seus componentes; b) ao modelo ACP; e c) aos resultados advindos das técnicas aplicadas anteriormente, de modo a obter a interpretação de informadores qualificados dotados de características intelectuais, profissionais e teórico-práticas

exímias. Todos os participantes deram o seu consentimento informado para participar e para a gravação áudio, autorizando o seu contributo para fins científicos, conforme as recomendações da WHO (2019, pp. 292-293).

4.3.4. Análise de conteúdo qualitativa (ACQ)

Para tratar os conteúdos recolhidos nos *focus groups* e nas entrevistas (o *corpus*), aplicou-se a ACQ, considerada por Bryman (2012, p. 557) a abordagem mais prevalente na análise qualitativa de mensagens, compreendendo uma busca de tópicos. Esta técnica funciona como uma técnica auxiliar e de reforço às técnicas qualitativas, tal como defendem Boyatzis (1998) e Sutton e Austin (2015). Na análise aos conteúdos, seguiu-se, de uma forma geral, as indicações de Ryan e Bernard (2003), que propõem os seguintes passos analíticos, expressos no quadro 21.

Quadro 21. Passos para a análise de conteúdo qualitativa

Numeração	Categorias a identificar nos dados qualitativos
1	Repetição de palavras
2	Categorias indígenas ou palavras especializadas
3	Palavras e seu contexto (frases)
4	Comparar e contrastar (o que é igual e o que é diferente)
5	Questões sociais (temas culturais)
6	Procurar a informação ausente (o que falta no texto?)
7	Metáforas e analogias
8	Transições, mudanças abruptas de temas/tópicos (escrito/oral)
9	Conectores – palavras que fazem ligações: porque, desde que, se...
10	Textos não marcados (não associados ao tema/tópico debatido) (o humor)

Fonte: Baseado em Ryan e Bernard, 2003.

As categorias temáticas na ACQ são as competências de comunicação que enformam o modelo ACP, entre outras que surjam (e.g. as selecionadas pelos participantes no FG na tabela de competências, listadas por ordem decrescente) e que possam ser significativas para o modelo - apêndice 9.

Seguindo os procedimentos da WHO (2019, p. 292), a ACQ foi efetuada com base num envolvimento organizado de discussão em *focus groups* (FG) e de entrevistas individuais em profundidade. Os FG foram transcritos *verbatim* e todas as transcrições foram verificadas para uma maior precisão. Os FG e as entrevistas em profundidade

foram avaliados em separado e, depois, combinados e comparados os dados, conforme as indicações da WHO (2019, p. 293).

A análise por categorias é uma abordagem muito útil para produzir análises de qualidade para informar (WHO, 2019, p. 293), neste caso, sobre o modelo ACP. Permitiu, na presente investigação, reduzir grandes quantidades de dados em segmentos organizados (Marvasti, 2004, p. 91) e desenvolver códigos iniciais e uma estrutura de codificação, informada predominantemente pelos tópicos do guião de discussão: 1) comunicação, 2) relação terapêutica, 3) competências de comunicação, 4) assertividade, 5) clareza, 6) positividade. Também foram captadas novas visões expressas pelos participantes (confiança, visão holística, eficácia, eficiência). Os dados dos FG e das entrevistas foram trabalhados com transcrições em papel e transformados em relatório, organizado por cada uma das categorias, que reunia os resultados da análise. Nesta lógica organizativa, contribui-se para a construção de conceitos (Deese, 1969; Stone, Dunphy, Smith & Ogilvie, 1966, pp. 134-168), como a *relação terapêutica*, e das competências de comunicação em estudo – ACP.

CAPÍTULO 5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1. Resultados gerais

Os resultados gerais apresentam uma visão geral das respostas recolhidas para os três objetivos específicos. Iniciar-se-á este capítulo com a apresentação dos resultados das duas etapas relevantes e empíricas, os *focus groups* (FG) e o inquérito por questionário, Q-COM-LIT, reforçadas com as entrevistas em profundidade a especialistas em comunicação em saúde e literacia em saúde.

Os participantes apresentaram as suas opiniões sobre os conceitos de *relação terapêutica, comunicação, competências de comunicação* dos profissionais de saúde, *assertividade, clareza de linguagem e positividade*; os seus contributos para a *compreensão pelo paciente* e para o aumento da *literacia em saúde*; e discutiram a *importância do modelo ACP*, que agrega, de forma interdependente, as três competências.

O primeiro objetivo específico é respondido, essencialmente, com os resultados dos FG e das entrevistas. O segundo objetivo específico é alcançado, sobretudo, com os resultados do Q-COM-LIT. Por sua vez, o terceiro objetivo específico é cumprido graças à articulação entre os resultados dos FG, do Q-COM-LIT e das entrevistas.

5.1.1. Resultados gerais dos 14 *focus groups*

Os resultados dos 14 FG confirmam a importância do uso do modelo de comunicação em saúde, composto pelas competências Assertividade, Clareza e Positividade (ACP). Os FG elucidam sobre a importância da aprendizagem e do uso de competências de comunicação, pelos profissionais de saúde, para melhorar a compreensão e a adesão dos pacientes, em particular os que com baixa literacia em saúde (e.g. idosos, baixo rendimento económico e migrantes), como também os diferenciados em nível educacional e com uma educação superior ou universitária.

Os dados obtidos pelos FG, em específico entre a profissão médica, mostram que existe, atualmente, falta de formação académica (licenciatura) dos profissionais de

saúde, em particular dos médicos, sobre comunicação em saúde. Os resultados dos FG revelam, também, a importância que os profissionais de saúde atribuem à relação terapêutica, como uma relação diádica, “central” na saúde, que tem de tender para o equilíbrio entre as partes envolvidas e deve motivar a participação do paciente na tomada de decisão.

Entre os grupos conhecedores e não conhecedores do modelo ACP, não existem diferenças significativas. Todos consideram, de forma unânime, a importância da comunicação, considerando-a como “pilares”, “fundamental” ou “essencial” para a relação terapêutica, e avaliam as competências de comunicação como “muito importantes”.

Observa-se, porém, que a terminologia usada para caracterizar as três competências é mais precisa nos grupos conhecedores do modelo ACP e, sobretudo, quanto aos conceitos de *literacia em saúde*, de *assertividade* e de *clareza da linguagem*. Verificou-se, pela observação direta, uma aceitação mais entusiástica entre os não conhecedores do modelo ACP, através de respostas verbalizadas em uníssono e, geralmente, com manifestações de linguagem verbal positiva, com largos sorrisos, movimentos corporais, tom de voz. São confirmatórios da importância e necessidade das competências de comunicação dos profissionais de saúde e da comunicação em saúde para a literacia em saúde.

Observou-se, ainda, que os profissionais do género feminino são mais biopsicossociais do que os seus colegas do género masculino, sobretudo entre a profissão médica, manifestando maior sensibilidade para as questões da compreensão pelo paciente e convocando mais mecanismos para confirmá-la.

5.1.2. Resultados gerais do inquérito por questionário (Q-COM-LIT)

Os resultados do Q-COM-LIT reforçam os dos FG, através da avaliação atribuída pelos profissionais de saúde às suas competências comunicativas, conjugadas com o modelo ACP – nas variáveis Assertividade, Clareza e Positividade.

Avaliando as medidas de tendência central, como a mediana, a moda e os quartis, consegue-se obter uma confirmação da sua valorização das competências de comunicação em saúde.

5.1.2.1. Mediana, moda e quartis

Nas perguntas relacionadas com as competências ACP, a mediana corresponde a 4, que equivale a *bom*, o que significa, segundo Laureano (2011, p. 206), que metade dos inquiridos autoavalia o seu desempenho, no máximo, com *bom*.

A moda, o “valor mais frequente” (Laureano, 2011, p. 206), relacionado com as competências ACP, é 4, que equivale a *bom*.

Relativamente às perguntas sobre as competências ACP e tendências-padrão, apura-se que, desde o primeiro quartil (25%), os inquiridos tendem a autoavaliar o seu desempenho com o valor 4, *bom* (tabela 5).

Tabela 5. Resultados: Moda, mediana e quartis

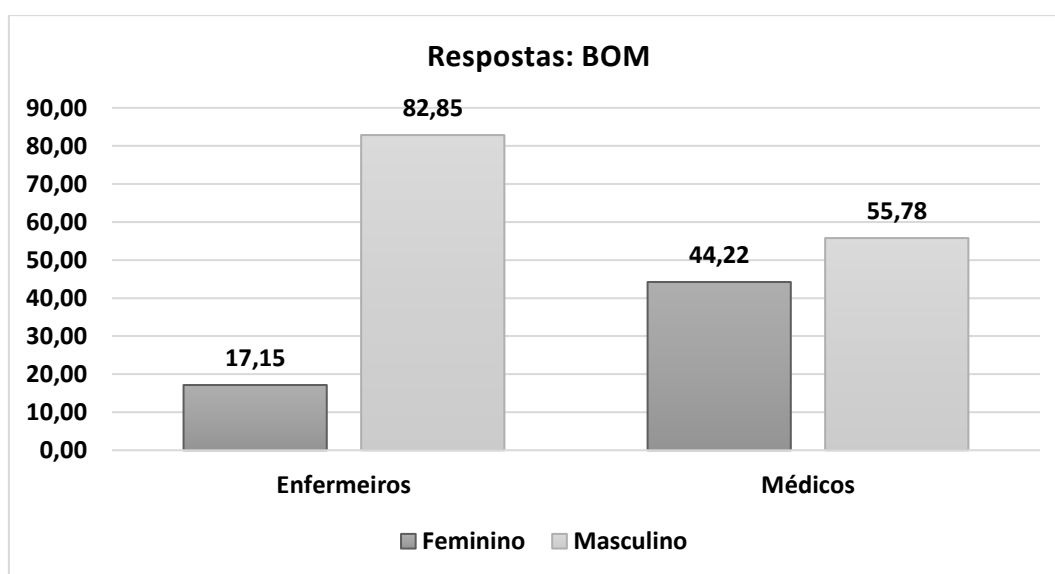
Analise	Assertividade (P.9.1 a 9.13)	Clareza (P. 10.1 a 10.13)	Positividade (P. 11.1 a 11.13)
Moda	4	4	4
Mediana	4	4	4
Quartil (25)	4 exceto P. 9.13, que é "3"	4 exceto P. 10.10; 10.11; 10.12, que é "3"	4 exceto P.11.2; 11.5; 11.6; 11.12; 11.13, que é "3"
Quartil (50)	4	4	4
Quartil (75)	4 exceto P. 9.2, que é "5"	4 exceto P. 10.2; 10.8, que é "5"	4

Fonte: Elaboração própria.

Com uma autoavaliação geral de *bom* (4) para as suas competências de comunicação em saúde, os resultados do Q-COM-LIT geram confirmações semelhantes

quanto à validação das variáveis em termos do modelo ACP, da importância da comunicação em saúde e das competências de comunicação em saúde. Considerando a profissão de enfermeiro e as respostas *bom* (4), 82,85% são dadas pelo género masculino e 17,15% pelo feminino. No caso da profissão de médico, 55,78% provêm de médicos e 44,22% de médicas (gráfico 1).

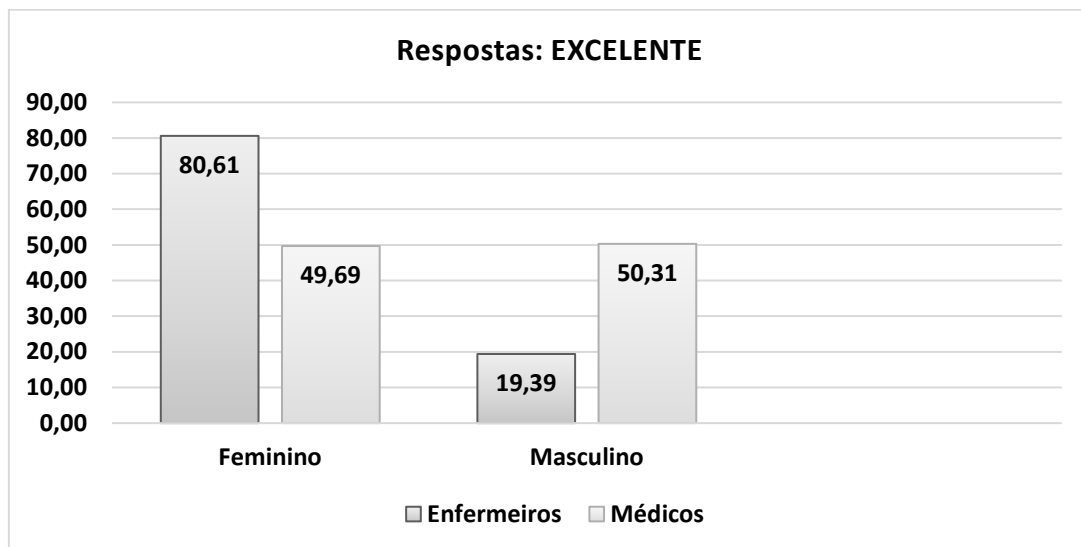
Gráfico 1. Resposta bom por profissão e género (percentagem)



Fonte: Elaboração própria.

Se se fizer um contraste das opções de *bom* com as de *excelente*, verifica-se uma subida com 80,61% de enfermeiras a terem uma autoperceção de *excelente* das suas competências, seguidas dos médicos com 50,31%, das médicas com 49,69% e, por último, os enfermeiros com 19,39% (gráfico 2).

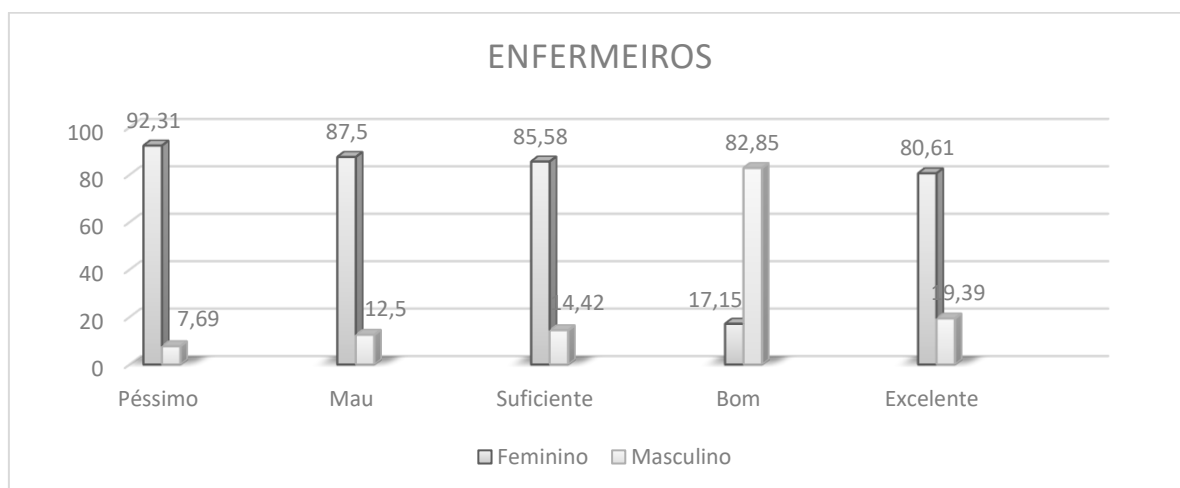
Gráfico 2. Resposta excelente por profissão e género (percentagem)



Fonte: Elaboração própria.

Se se considerar o conjunto total de respostas por profissão (enfermeiro/a) e género e no que se refere às respostas *péssimo*, verifica-se que 92,31% são dadas por mulheres e 7,69% por homens (embora em pequena escala com 12 respostas do género feminino e uma do género masculino). Sobre a autoperceção de uma *má* competência comunicativa, também as mulheres foram mais expressivas, com 87,5% das respostas, em contraste com 12,5%, avançadas por homens. Apresenta-se o gráfico 3 com os valores para os enfermeiros/as.

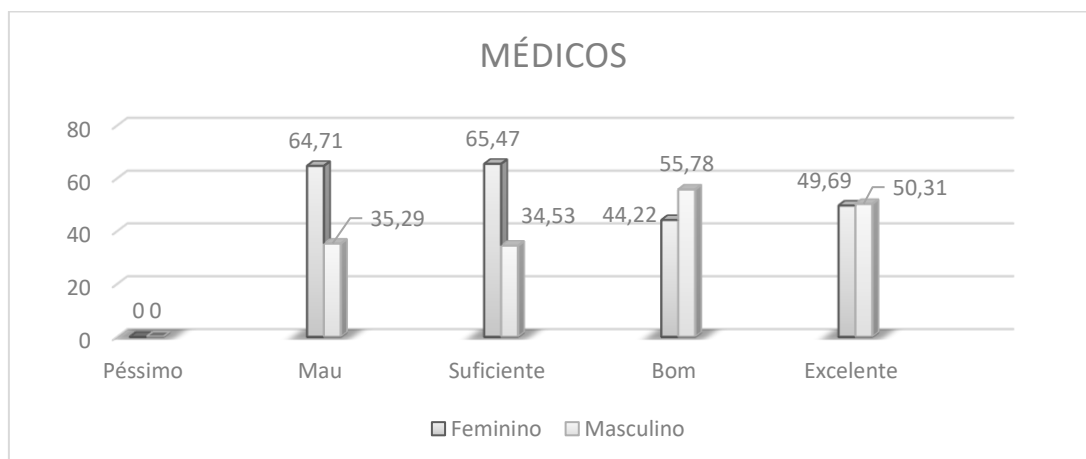
Gráfico 3. Respostas na escala de Likert por enfermeiro/a (percentagem)



Fonte: Elaboração própria.

Relativamente aos/às médico/as, há um equilíbrio maior entre as opções por género. Os médicos não optaram pela resposta *péssimo* (n=0). Na opção *mau*, 64,71% (11 respostas) das respostas são dadas por mulheres e 35,29% por homens (6 respostas) (gráfico 4).

Gráfico 4. Respostas na escala de Likert por médico/a (percentagem)



Fonte: Elaboração própria

5.2. A importância atribuída pelos profissionais às suas competências de comunicação

Para apresentar os resultados dos FG e das entrevistas sobre a importância reconhecida às competências de comunicação no contexto da relação terapêutica e para compor uma ponte mais clara entre a operacionalização do conceito *de comunicação em saúde*, feita no capítulo 2, e as respostas, organizou-se um conjunto de unidades de significação transmitidas pelos profissionais de saúde, codificadas de acordo com a incidência: 1) física/natureza; 2) ontológica, tanto a identitária, relacionada com a pessoa (profissional de saúde ou paciente), como a relacional, manifestada através da comunicação interpessoal; 3) axiológica, relacionada com os valores da comunicação no contexto de saúde; e 4) funcional, no que diz respeito à função da comunicação na relação terapêutica.

5.2.1. A relação terapêutica

Quanto à natureza da relação terapêutica, os profissionais de saúde, em particular um grupo de enfermeiros de ambos os géneros, assumem-na como “um compromisso bidirecional”, um “contrato de saúde” e, mais especificamente, um “contrato de atitude”, em que “é importante o uso da linguagem verbal e não verbal”. Consideram, ainda, a relação terapêutica uma “díade” que é “transacional”. Se a relação é estabelecida num determinado “espaço e tempo”, também deve ser tido em conta o “contexto” do paciente. A gestão da relação implica, também, “uma luta contra o tempo”, que é “escasso”, pelo que “para estar com o paciente” querem mostrar que o “sabem ouvir” pelo que, “deve haver acima de tudo qualidade de tempo”. Neste processo, a “disponibilidade” é fundamental. Por isso têm de saber “gerir a pressa e a pressão”. Quando os temas a abordar são difíceis, o tempo acaba por ser favorável à relação, na medida em que “sendo difícil fazer a abordagem, com o tempo vamos mostrando a nossa perceção do doente”, permitindo “trazer ganhos”.

Sobretudo os médicos, do género masculino, são críticos do tempo que têm para a relação e reclamam pelo tempo que desejam ter, sendo conscientes desta limitação que pesa na consulta, porque passam “muito tempo a fazer histórias com o paciente” e “temos um problema grave, quando dizem que uma consulta deve demorar 15 minutos!” Em tom de crítica, fazem um alerta: “tem de haver um caminho das instituições de rever a relação médico-doente, pois o que se está a fazer é reduzir a consulta ao mínimo tempo possível”.

Numa perspetiva ontológica e identitária (ser), relacionada com os seus interlocutores, o profissional de saúde e o paciente, os participantes afirmam que esta relação vai além do tratamento, pois “não basta sabermos qual é o tratamento e identificar qual é a doença”. Avaliam que tem de haver preparação e desenvolvimento das competências: “deve existir a preocupação, pelos profissionais, em desenvolver competências”. Nesta relação, um profissional, “baseado muito no ensino”, “tem conhecimentos e competências perante outra pessoa”, que “precisa dos nossos cuidados e atenção”, tornando-se importante “despertar o seu interesse para que consiga gerir a sua saúde e o seu estado de doença”. A consulta é “o momento em que

o doente sabe que tenho tempo para ele” e na qual ele “pode resolver os seus problemas”. Caracterizam, também, a interação em saúde estabelecida entre o profissional e o paciente como sendo uma relação “empática”.

Relativamente aos contributos cognitivos, associados às razões sobre a importância da comunicação, o diretor do serviço de medicina interna do hospital da área metropolitana de Lisboa destaca o papel do médico na relação terapêutica: tem “objetivos de prevenção, educação para a saúde e acompanhamento do doente, assim como a melhoria da qualidade de vida e a promoção da saúde”, que vão “para além de todo o conhecimento científico”. Para isso, “é preciso ter uma boa compreensão, saber como os abordar”, porque “sem comunicação, não teremos um resultado tão bom como poderíamos esperar”.

É no campo ontológico (valor) que os profissionais de saúde destacam a importância decisiva da relação terapêutica – que se estabelece entre o profissional e o paciente, com a responsabilidade acrescida do profissional, que deve “proteger”, “cuidar”, curar”, “tratar” o paciente –, caracterizando-a, essencialmente, como uma relação comunicativa. Numa abordagem relacional, os profissionais manifestam a importância “decisiva” da “confiança”, que é firmada, sobretudo, através da “comunicação interpessoal”.

Se se considerar os aspetos axiológicos e valorativos associados à definição da relação terapêutica, todos os participantes nos FG e nas entrevistas concordam quanto à caracterização da relação terapêutica: a palavra mais repetida é o “respeito”, que deve existir numa relação de “ajuda”, que pressupõe “continuidade”, assim como a “esperança colocada nessa relação”. É, também, uma relação com “poder”.

Ainda valorizando a relação, afirmam que esta é o “ponto primordial da medicina”, nela existindo “intencionalidade”. Pela sua importância na construção da relação com o paciente, identificam-na como “um ato único”, uma relação “não redutora, mas libertadora”. Trata-se, por isso, de “uma relação fundamental”, que se funda “entre duas pessoas, em que uma beneficia, e a outra pode ajudar a influenciar a outra”, sendo vista pelo profissional “de um modo holístico”, “adequada à doença do paciente” e como uma dádiva, porque “temos tanta coisa para lhe dar”.

Sobre os problemas desta relação, os enfermeiros são mais incisivos nas críticas aos médicos, especialmente sobre a hegemonia destes sobre aqueles: “eu espero que já não haja enfermeiros-chefes a levar os cinzeiros para o senhor doutor”, “eu tinha de levar a bata para o senhor doutor”, “há alguns anos o médico falou para o enfermeiro-chefe e pediu-lhe que trouxesse o carrinho dos serviços, e eu tive de intervir”. Os enfermeiros destacam alguma “hegemonia” dos médicos, numa relação que pode ser “autoritária”, sendo sempre possível “levar o doente a decidir”. Mas este, com receio de questionar os médicos, coloca as suas dúvidas aos enfermeiros: “quando os doentes saem da consulta vão perguntar a quem: aos enfermeiros porque têm menos receio de perguntar?”.

Os enfermeiros destacam que “muitos [dos seus] problemas têm a ver com as questões de liderança”. Contrapondo com um exemplo de liderança, uma enfermeira refere: “a minha primeira chefe juntava-se connosco uma vez por semana e dialogava. Não era apenas diálogo social, era profissional. Ela fazia reparos que eu não entendia naquela altura. Falava connosco sobre postura, sobre o tom de voz”. Sobre a hegemonia dos médicos, na entrevista em profundidade, a médica coordenadora da doação de órgãos no hospital da área metropolitana de Lisboa refere: “o médico até há uns anos era alguém inatingível. As pessoas dizem: *ah, o doutor disse* e, por isso, *é para fazer, faz-se!* As pessoas ainda têm muito essa cultura, que somos nós [médicos] que decidimos”.

O tempo disponível para estar com o paciente, também, tem valor para os profissionais. Dizem que precisam “de tempo para reconhecer o perfil do paciente” e que o tempo da consulta é um “tempo para emitir e para reconhecer”. Sobre o papel do médico na relação terapêutica, um médico diz metaforicamente: “o médico para o doente deve ser paciente”.

Em termos funcionais, é a “proximidade”, tanto “do paciente”, como da “equipa” que deve ser “interdisciplinar”, que permite consolidar a “parceria com o paciente”, sendo a relação também “promotora do conhecimento” para ambos os intervenientes. Enquanto meio, a relação terapêutica pode ser usada como “ferramenta” que vai “para além do modelo biomédico”.

A relação terapêutica “não é uma relação comercial”, mas consideram-na uma relação de troca: “se a pessoa me dá coisas a mim e eu dou à pessoa, é uma relação com

um cliente”. Um grupo de enfermeiros destaca sobre esta visão de prestação de serviço: “é um serviço e eu sou profissional”, “eu sou paga para fazer o que faço, e por isso os pacientes vêm com uma expectativa de usar um determinado serviço”.

Existe um processo de “negociação” em cada relação estabelecida entre o profissional e o paciente, que deve servir para “capacitar” o paciente, que integra, cada vez mais, um conteúdo “social”. Esta relação tem tanta importância, que se “estende à vida pessoal” do paciente.

Quanto aos objetivos que a relação terapêutica se propõe atingir, tem a “função de proteger o paciente”, visando “a adesão terapêutica”, a “informação com o paciente” e “inúmeros benefícios a curto e longo prazo”. Para médicos e enfermeiros, o resultado da relação terapêutica tem como função “a adesão”, que pressupõe o envolvimento. “Só quando as pessoas estão envolvidas é que têm compromisso para mudar”, pois o “objetivo é a mudança de comportamento” Para que esta relação funcione, tem de haver ainda “congruência”, “saber escutar” e a “centralidade no cuidar”.

Tendo em conta o género, pode-se observar uma diferença de termos utilizados. Assim, os relacionados com *ajuda, continuidade, respeito, empatia* tendem a ser pronunciados por profissionais do género feminino, enquanto os do género masculino enunciam para a relação a *capacitação, parceria, conhecimento*.

Apresenta-se uma síntese no quadro 22.

Quadro 22. Entendimentos sobre relação terapêutica

RELAÇÃO TERAPÊUTICA
<ul style="list-style-type: none">• É uma ferramenta• Relação capacitadora• Relação com a função de proteger o paciente• Relação de ajuda• Relação de confiança• Relação de continuidade• Relação de equipa• Relação de horizontalidade• Relação de negociação• Relação de parceria• Relação de proximidade• Relação de respeito• Relação empática• Relação interdisciplinar• Relação promotora do conhecimento

- Relação social

Fonte: Elaboração própria.

5.2.2. A comunicação na relação terapêutica

A comunicação, na relação terapêutica, é considerada “essencial” por todos os participantes, representando “90% das nossas ações”. Isto porque existem muitos pacientes com falta de compreensão devido a uma baixa literacia em saúde.

Um paciente com baixa literacia em saúde sente embaraço em questionar o profissional de saúde e costuma delegar no profissional. Esta situação realça, ainda mais, a importância da comunicação em saúde, especificamente durante a interação terapêutica. Esta ideia é reforçada pelos entrevistados, que confirmam que os pacientes, com baixa literacia em saúde, são os que mais delegam no profissional de saúde. A psicóloga entrevistada sublinha que “a comunicação é a base e o instrumento, por excelência, da literacia em saúde” e que a “comunicação interpessoal tem de ser sempre feita, com vista a que o recetor esteja interessado. Esta é a primeira premissa”. Isto porque “quando a pessoa não está interessada, já não está a ouvir e, por isso, temos de fazer a comunicação ser interessante para o outro”.

A médica coordenadora de transplantes sintetiza, na entrevista, a evidência manifestada por todos os participantes: “há muitas pessoas que delegam nos médicos. Porque as pessoas não se sentem com conhecimentos e capazes. É muito difícil fazer as pessoas entender. Quando envolve a saúde, às vezes o limite da vida, as pessoas também têm algum receio de enfrentar a realidade”. A professora de psicologia confirma esta ideia: “muitas pessoas estão em estado de ansiedade e não compreendem e esquecem mais de metade.

Tanto os médicos como os enfermeiros, especialmente do género masculino, relatam a dependência dos pacientes face à decisão do profissional de saúde, mostrando o fenómeno através das seguintes expressões dos pacientes: *é como o senhor enfermeiro achar ou, é como o senhor doutor acha, o que decidir é o que está certo*. No entanto, existem pacientes que “reivindicam o poder de decidir”, que podem não estar cientes do caminho a seguir para a gestão da sua saúde e, por isso, a

comunicação permite conseguir esclarecer, apoiar, informar e influenciar o paciente para as decisões acertadas.

Sobre a natureza da comunicação, identificam-na como “bilateral e clínica”, “central, para o doente e médico”, permitindo traduzir a relação “de forma clara, objetiva, sintética, concisa” e “desde o início”.

Numa perspetiva ontológica, os profissionais de saúde realçam que é preciso “conhecer a pessoa que têm à frente” e “perceber o conhecimento que essa pessoa tem, o que sabe e o que não sabe”. Para atuarem têm de conhecer e, por isso, sublinham que é importante a caracterização prévia do perfil do paciente: “Quem é o doente? Estou a falar com um idoso de 80 anos? Estou a falar com um jovem de 20 anos? Qual é a sua situação? Isso é um aspeto fundamental”. Para a professora de enfermagem e especialista em literacia em saúde, “quando temos de dar más notícias, pensamos no outro porque estamos a pensar em nós próprios. A comunicação ajuda-nos a ser melhores profissionais”.

Ambos os grupos, conhecedores e não conhecedores do modelo ACP, evidenciam a importância de o profissional de saúde saber avaliar a situação para poder adaptar a sua linguagem verbal e não verbal, envolver-se no processo, desenvolver o seu conhecimento, compreensão “ao contexto do doente e à sua situação socioeconómica, cultural”. A professora de psicologia defende que os profissionais têm uma capacidade cognitiva mais disponível, mas a parte emocional é fundamental para que se comunique melhor com o paciente.

Numa dimensão axiológica e valorativa, a comunicação é percebida pelos médicos como “fundamental” e pelos enfermeiros como “o pilar de tudo”. Explicando este sentido, revelam que a comunicação é “o pilar para que o doente consiga ser informado e entenda os objetivos em vista ao seu tratamento”. Nesta interação em saúde, os enfermeiros afirmam que “é essencial comunicar”, pois “é a comunicação que constrói a relação terapêutica”. Valorizando uma interdependência, os médicos dizem que “comunicação, confiança, proximidade e resultado não se podem dissociar”. Entre os seus atributos, reforçam que comunicar é mais do que “muito importante”: “é essencial”.

Funcionalmente, a comunicação em saúde deve ser desenvolvida pelo profissional de saúde, para que possa ter efeitos nos resultados pretendidos na relação terapêutica. Sobre o esforço individual para que a comunicação aconteça, segundo os médicos, é preciso “disponibilidade”, “adaptação”, “adequabilidade” e resistência ao “*stress* da gestão do tempo, nosso e dos doentes”. Os enfermeiros asseveram, no âmbito do seu esforço individual, que “deve existir a preocupação em desenvolver essas competências”, usando a comunicação como uma “ferramenta” que “tem de ser eficaz”.

A comunicação com o paciente deve integrar o “uso da linguagem clara, explicativa e esclarecedora de dúvidas”, através da qual é possível funcionalmente “informar o doente, explicar a situação e tentar entender o grau de compreensão da sua doença”. No entanto, a professora de psicologia destaca a utilização da comunicação como “poder”, em que “a linguagem tem um vínculo emocional” e que, muitas vezes, o profissional, não tanto pela superioridade que sente, mas devido a insegurança, recorre ao “ao jargão técnico, porque se sentem inseguros, e não querem *perder o pé* e não querem pôr-se numa situação de igualdade perante os outros”.

Todos os participantes associam a comunicação aos resultados em saúde, realçando que “sem comunicação não temos resultados tão bons como poderíamos esperar”. Exemplificativamente, os enfermeiros, conhecedores do modelo ACP, fazem ponte entre a comunicação e “o aumento da literacia em saúde” e afluem a importância dessa comunicação envolver “o utente, o familiar, a comunidade”. Nesta linha de entendimento, a presidente da Associação Internacional de Literacia em Saúde (IHILA) refere que “para haver comunicação em saúde, torna-se necessário avaliar o nível de literacia em saúde de quem recebe as mensagens”.

A comunicação promove o “objetivo de mudança de comportamentos”, pelo que a “informação que é compreendida e retida pelo paciente” está “condicionada pelas competências de comunicação” dos profissionais. Esta ideia é confirmada pelo médico de saúde pública, que considera os médicos “como influenciadores que têm de estar atentos para conseguir puxar as pessoas que não estavam despertas para aquela mudança comportamental e que podem começar a querer mudar”. Mas, segundo este médico entrevistado, os profissionais de saúde carecem de formação nas áreas da psicologia, pois “é fundamental perceber como se mudam os comportamentos”.

Quanto aos problemas dos efeitos da comunicação na segurança e risco do paciente, as enfermeiras mencionam as *guidelines* do Institute of Medicine (IOM), considerando que “há muitas falhas na comunicação”, porque o “o profissional não faz a validação sobre o que a pessoa entende [sobre mensagem e crenças] e fica convencido que entendeu a informação, mas tal não acontece e, por isso, há riscos para o paciente”. O profissional deve, ainda, estabelecer um “envolvimento” comunicativo com o paciente”. A presidente da IHLA sublinha, sobre este assunto e reforçando o que diz em 2013 (Sørensen, 2013), que, “apesar de praticarem anos a sua comunicação em saúde, muitos profissionais não conseguem atingir um nível que beneficie a população” e que “o conceito de literacia em saúde expandiu o seu sentido para incluir a comunicação”.

5.2.3. As competências de comunicação dos profissionais de saúde

Para descreverem a importância que atribuem às suas competências de comunicação, os profissionais de saúde valorizam-nas como “fundamentais” e “essenciais”. Todos os participantes concordam que as competências de comunicação contribuem para o êxito da relação terapêutica e para o aumento da literacia em saúde. Consideram, sob uma dimensão ontológica, que as competências de comunicação são estruturantes, havendo necessidade sobre o seu conhecimento, avaliação, compreensão, envolvimento e adaptação ao contexto do paciente e à sua situação socioeconómica e cultural.

A professora de psicologia destaca que é, através das competências de comunicação, “que se consegue devolver à pessoa o que ela diz, de uma forma simples, que pode não ser exatamente técnica, mas de uma forma que ela entenda”. Aflora, assim, a importância da linguagem clara.

Para o médico e professor de comunicação em saúde, é preciso evitar os “automatismos”, comuns na profissão. Para este especialista, deve refletir-se, primeiro, sobre o que se vai pedir ao paciente, percebendo o “impacto e a utilidade para aquela pessoa”. Por isso, as competências de comunicação são essenciais, assim como “viver a situação do doente, pôr-se na pele dele”. Por outro lado, existe um “deslumbramento com a tecnologia, que leva a ter uma fé desmesurada, que se consegue resolver tudo

com a técnica” e, na verdade, “o computador toma decisões com base em dados e a pessoa não toma decisão com base em dados, mas com base em representações simbólicas. Um simbolismo e com significados”. Este especialista em comunicação em saúde confirma a necessidade da preparação prévia dos profissionais para anteciparem os problemas e comunicarem adequadamente com o paciente.

Quanto à natureza das competências, os enfermeiros salientam que “é preciso decodificar a mensagem” e “envolver a informação, o emissor e o recetor”, para haver “interpretação e alinhamento”, numa posição negocial em que “a informação pode ser aceite ou não pelo recetor”.

Sobre os aspetos axiológicos e numa perspetiva do valor que atribuem às suas competências, por vezes acontece que os profissionais superestimem as suas competências de comunicação. Todos os participantes concordam que os médicos, muitas vezes, “confiam que comunicam bem, embora não o façam”. Isto porque se percebe, depois, que “o doente nem sempre compreende a mensagem transmitida”, confirmando que “os médicos superestimam a sua comunicação com os doentes”. Dão o exemplo de “estudos em que o médico afirma que 75% dos pacientes compreenderam o que ele disse e, depois, questiona-se o doente, mesmo à saída da consulta, e apenas 25 % diz que compreendeu o que lhe foi dito pelo médico. Aqui há algo que não está bem”. Todos os entrevistados confirmam que esta situação ocorre por vezes.

Quanto à sua função, as competências de comunicação são, segundo os enfermeiros, “uma ferramenta do profissional de saúde”, pelo que “fazem parte e estão incluídas na relação terapêutica”. Os profissionais estão convictos de que “é usando estas competências que se consegue ter uma relação terapêutica eficaz”. Ainda sobre a importância e a função das competências de comunicação, revelam que estas possibilitam “o aumento da literacia em saúde, para se transmitir a mensagem adequada à pessoa, acessível, decodificada, para que a pessoa aprenda, compreenda e perceba a mensagem”. Advogam que o profissional tem de fazer um esforço “para que o paciente compreenda e aceite a decisão”. O médico de saúde pública confirma que “para a melhoria da literacia em saúde é muito importante desenvolver competências de comunicação em toda a sua transversalidade, quer técnicas de comunicação verbal quer não verbal”. Para operacionalizar esta intervenção comunicativa, este médico

descreve: “por exemplo, através da entrega de lembretes/receita/esquemas visuais, que atuem como suporte à mensagem transmitida”.

Sobre o que consideram ser competências-chave, os profissionais destacam, entre outras: 1) a “linguagem clara e acessível”; 2) a “congruência entre a linguagem verbal e não verbal”; 3) “saber ouvir e estar em silêncio”; 4) “deixar falar o paciente”; 5) “aceitar, perceber e respeitar o outro”; 6) a “escuta ativa”; 7) “fazer perguntas abertas”; 8) “simpatia com objetivo terapêutico”; 9) “sumarizar e ensinar de volta”; 10) “compreender crenças e barreiras”; 11) “descodificar a mensagem”.

Quando existem crenças, a comunicação torna-se ainda mais essencial e as competências do profissional “ajudam a ultrapassar as barreiras que existem”, podendo “influenciar no tratamento” ou “ajudar a desmistificar”. Uma médica explica esta desmistificação dos assuntos de saúde: “às vezes, temos doentes mais jovens com diagnóstico que não é grave, mas foram pesquisar na internet, e têm uma série de *bichos de sete cabeças*”. Os profissionais sabem que, nestes casos, é preciso esclarecer, explicar e dar informação de uma forma simples, adequada, para que os pacientes possam “desfazer esses mitos e dizer-lhes, por exemplo, que acontece só em 1% dos casos”.

Quando as crenças são barreiras à ação promotora de saúde, os profissionais de saúde argumentam que têm de oferecer mais conhecimento, envolvimento, motivação e baixar constrangimentos e barreiras ao paciente. Explicam que “a relação terapêutica tem de existir para colmatar a diferença de conhecimento e minimizar esse hiato entre os conhecimentos”.

Todos os entrevistados e os médicos reconhecem que, durante o curso de medicina, não se ensinam adequadamente competências de comunicação, existindo por isso uma grande necessidade de aprendizagem nesta área.

Apresenta-se, no quadro 23, uma síntese, considerando como critério organizador as dimensões física/natureza, ontológica, axiológica e funcionalista das competências de comunicação em saúde.

Quadro 23. Dimensões das competências de comunicação

<p>NATUREZA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integra comunicação, verbal e não verbal • Importância da expressão corporal, do tom de voz, do contato visual, da linguagem precisa e objetiva • Presença de empatia, escuta ativa e reflexiva, simplicidade, clareza, olhar para o outro • Devem permitir uma descodificação competente • Devem permitir “interpretação e alinhamento” • Uso de perguntas abertas <p>ONTOLÓGICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • São estruturantes • Permitem ultrapassar as crenças • Permitem que o profissional se coloque no papel do outro sem juízos de valor • Garantia de melhor gestão do tempo 	<p>AXIOLÓGICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essenciais, fundamentais, importantes para o êxito da relação terapêutica • O pilar e a base da relação terapêutica Têm de existir para se construir a relação terapêutica • A informação melhora os <i>inputs</i> dos pacientes <p>FUNCIONALISTA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adequam a mensagem à pessoa, de forma acessível e descodificada • Aumentam a literacia em saúde • Permitem que o paciente compreenda e aprenda a mensagem • Permitem evitar desigualdades na relação pelo que tornam a relação mais equilibrada
---	--

Fonte: Elaboração própria.

Quando questionados sobre se a existência de guiões prévios de aprendizagem de competências de comunicação ajuda os profissionais de saúde a preparar e lidar com o desafio da consulta, os participantes revelam que é importante essa preparação prévia: “nós antes de cada consulta devemos preparar-nos. Temos de ter tudo resumido, temos de ter o plano para a consulta, para, depois, podermos falar com clareza para o doente”.

Também no Q-COM-LIT, especificamente na resposta à pergunta 8, um total de 91,5% dos enfermeiros e dos médicos, de ambos os géneros, confirma que os guiões prévios ajudam a lidar com os desafios da consulta. Apenas 8,5% refere *não*. Também a maioria, 91,5% dos inquiridos, confirma que os guiões podem reduzir as situações de stress com o paciente, enquanto 8,5% rejeita essa utilidade do guião. A percentagem positiva sobe na resposta dada sobre se *os guiões podem melhorar as conversas de cuidado/rapport*, com 93,8% a referirem *sim* e apenas 6,2% *não*.

5.2.4. A comunicação verbal e a comunicação não verbal

É fundamental a comunicação verbal (CV) e não verbal (CNV) na relação terapêutica para estabelecer uma relação de confiança e de troca de informações eficaz. Tanto a CV como a CNV são “componentes de um processo”, no qual “deve haver congruência” entre o que é verbalizado e o que o não. Estes resultados são evidenciados, sobretudo por profissionais de saúde do género feminino, médicas e enfermeiras, tando nos FG como no Q-COM-LIT.

Numa ponte com a CNV (que envolve a proxémia, movimentos cinestésicos, a paralinguagem), é destacada a importância “da expressão corporal, do tom de voz e do contato visual”, como por exemplo: “perceber porque é que o doente tem os braços cruzados”. Uma enfermeira refere que “é importante determinar a forma como o paciente vê e ouve o profissional de saúde e como reconhece as suas competências”. Uma médica reforça: “se o nosso corpo não mostra essa realidade, a comunicação não vai funcionar”.

Também os médicos (género masculino), através da observação, identificam alguns sinais e comportamentos que consideram integrar a comunicação não verbal: “quando as pessoas começam a entreolhar-se”, a “fazer perguntas sucessivas”, reconhecendo “quando as pessoas entram em ansiedade”, embora não consigam “verbalizar” essa CNV. Isto é, reconhecem os sinais da CNV, mas não conseguem determinar a razão por que os reconhecem e qual o seu significado mais profundo. Por exemplo, a médica entrevistada refere, sobre a forma como transmite *más notícias*, dizendo: “eu acho que é a minha voz, a maneira como estou a falar – o tom de voz ser diferente. Eu faço isso sem pensar”.

Sobre a importância da CNV, tanto os não conhecedores como os conhecedores do modelo sublinham: “o ambiente e a expressão corporal são mais importantes que o conteúdo, pois é isso que a pessoa retém”. Inclusivamente falam da preponderância da comunicação não verbal: “muitas vezes, a linguagem não verbal sobrepõe-se à linguagem verbal” e dizem que tem um “grande peso na relação terapêutica”.

Sobre a forma como se estabelece a relação e o tipo de comunicação que deve estar presente, a enfermeira especialista em literacia em saúde adverte que “não se

deve infantilizar a pessoa”, seja através da forma verbal ou não verbal. Exemplifica: “se eu estou de uma forma rígida a falar com uma pessoa, ou a minimizá-la através de termos infantilizados, é claro que, na maioria dos casos, vou falhar a minha comunicação”.

É, também através da linguagem, que os profissionais de saúde mostram um perfil mais hegemónico, como refere a psicóloga especialista em literacia em saúde: a “linguagem tem um vínculo emocional, e não é só a superioridade que os faz recorrer ao jargão técnico, mas porque se sentem inseguros, e não querem *perder o pé* e, por isso, não querem pôr-se numa situação de igualdade perante os outros”.

As médicas realçam aspetos concretos que interferem na CNV, relacionados com a consulta: “o ambiente é importante, e o computador também interfere muito na relação”. Já o professor de comunicação em saúde assume que o computador integra a relação terapêutica e deve ser considerado como coadjuvante e não impeditivo. “Não se pode voltar para trás. Temos de aprender com a tecnologia. O computador é bom para a consulta, faz parte da relação. Não é um disruptor da relação”. Uma enfermeira associa a positividade à CNV: “positividade transmite-se também através da linguagem não verbal”. Um enfermeiro descreve que é ver para além dos olhos: “olhar e ver o gesto do outro”, havendo o “retorno do paciente”.

Todos consideram a importância da aprendizagem das competências de comunicação, resumida na proposta da enfermeira especialista em literacia em saúde: “na minha análise e experiência há coisas inatas em alguns profissionais, mas em outros não. E, portanto, quer o profissional com competências inatas quer os outros têm de ter formação”.

5.2.5. Pacientes vulneráveis e diferenciados com baixa literacia em saúde

Decorrente dos FG e das entrevistas em profundidade, foi possível avaliar a opinião dos profissionais de saúde sobre as características dos pacientes com dificuldades em compreender a informação. Os médicos referem pacientes com baixa literacia em saúde com “grandes vulnerabilidades”, “com múltiplas doenças e morbilidades”, com “doença neurológica, os idosos e os que têm barreiras linguísticas”.

Para obviar esta limitação, o acompanhamento da família “é extremamente importante”, sobretudo “quanto mais idosos, é muito complicado explicar e fazer um plano terapêutico, tentar agendar exames”. Uma médica diz: “noto que precisam de uma pessoa que seja empática a recebê-los, que se apresente”. Por isso, a conversa social tem aumentado nos últimos anos, permitindo estabelecer uma melhor relação, confiança e abertura com o paciente.

O perfil dos pacientes com baixa literacia em saúde (BLS) amplia-se, na perspetiva de todos os participantes, incluindo-se no perfil tanto os pacientes, como os seus familiares, com um estatuto social e educacional mais elevado. Sobre esta realidade, sublinham: “impressiona, mais vezes, ver as pessoas que são diferenciadas e que, à partida, podiam ter uma melhor compreensão, mas acabam por não a ter”. Prosseguem, resumindo: “há muitos portugueses com educação mais elevada e que têm uma baixa literacia em saúde”. Acontece, com frequência, “as pessoas mais diferenciadas e com maior nível educacional ou socioeconómico terem comportamentos que colocam em causa o bom nível relacional profissional-paciente”.

Sobre a adesão, referem que a literacia (correspondente à educação) não é vinculativa deste compromisso terapêutico ou do cumprimento das instruções em saúde: “os que aderem melhor não são os que têm melhor literacia. Parece que falam melhor, mas não são os que aderem melhor”. Um médico exemplifica: “num caso, que não era uma notícia de óbito, mas era uma senhora com uma neoplasia, toda metastizada, o filho dizia *como é que em pleno século XXI não se pode curar?* Eu não estava à espera de que uma pergunta dessas pudesse vir de uma pessoa com menos de 40 anos”.

Tanto nos casos em que está evidenciada uma baixa literacia em saúde, como naqueles em que o nível educacional é elevado, os profissionais assumem que é preciso assegurar-se a compreensão: “para uma pessoa que não saiba ler nem escrever ou que tenha um curso, tem que haver adaptação da linguagem”. Reconhecem que “a maneira de falar com um e com outro é diferente”, mas “se não souber dizer, ou não for clara, o meu efeito pode ser o contrário”, pelo que concordam que o profissional deve “certificar-se sempre que o paciente compreendeu a informação”.

Também a área geográfica parece ser influenciadora nas questões de baixa literacia em saúde e nos resultados em saúde: “o grande problema dos utentes está relacionado com as áreas de influência. Eu passei por vários hospitais e tenho mais dificuldade de comunicar, aqui, nesta área geográfica” (arredores de Lisboa).

Observa-se uma diferença nas respostas entre médicos do género masculino, mais críticos – com respostas: “as pessoas têm de falar em português” ou “os portugueses também têm de aprender a falar inglês e a ler mais e adquirir mais capacidades básicas de compreensão e de leitura” –, e do género feminino, mais biopsicossociais: “tem de ser da nossa parte fazê-los compreender e esforçar para que o doente entenda aquilo que dizemos”.

5.2.6. Delegar ou não delegar a decisão em saúde

Os pacientes com baixa literacia em saúde tendem a delegar mais a decisão no profissional de saúde. Este resultado proveio tanto dos FG como das entrevistas. Esta delegação no profissional pode mostrar uma relação de dependência, assim como a confiança que o paciente deposita no profissional: “o paciente pode tomar uma de duas atitudes: confiar e dizer *o doutor é que sabe*”, porque “está pouco preocupado, porque confia e faz aquilo que lhe dizem”, e “*se é para tirar, é para tirar... o doutor é que sabe*” ou assumir por si a decisão, mas contar com o apoio do profissional. Isto sucede porque “as pessoas estão à espera de que, por termos mais conhecimento, tomemos a decisão dos cuidados que são necessários a pessoa tomar”. Consideram que esta substituição na decisão se processa devido ao conhecimento e ao automatismo: “no fundo, o profissional de saúde tem conhecimento, experiência de várias situações e doentes” e “substitui-se, muitas vezes, ao paciente de uma forma inconsciente [automática]”.

Se há participantes que consideram que profissional e paciente “se encontram ao mesmo nível”, outros não concordam que exista este nivelamento, afirmando que “embora o profissional de saúde deva conseguir fazer com que o utente se sinta perfeitamente ao mesmo nível, nem sempre isto acontece”. O desnível ocorre devido às diferenças de conhecimento dos intervenientes: “porque o profissional tem sempre mais informação do que o paciente naquele momento” e há “subalternidade, quando o

profissional tem o saber e o paciente depende dele”. O que sucede é que, quando existe “uma relação de subalternidade, mesmo que pergunte ao paciente se compreendeu, ele vai dizer-me que *sim*, sobretudo quando tem uma literacia em saúde baixa”.

Os médicos são mais incisivos nesta dependência, embora revelem compaixão, usando a palavra “coitadas das menos letradas”, que “delegam no médico”, “por não perceberem e dizem: *o senhor doutor é que sabe*, ou referindo-se a pessoas com um nível cultural mais baixo que “delegam completamente”. Existe, por isso, um esforço dos profissionais em sensibilizar para a importância da tomada de decisão por parte dos pacientes, mas confrontam-se com a “dificuldade de fazer ver as pessoas que elas têm o poder de decidir”.

Observou-se, também, uma mudança de opinião intergeracional nos profissionais. Os médicos mais jovens relatam: “antigamente o médico mandava e o doente fazia. A nossa geração mudou, na relação, na disseminação de informação. Há mais partilha na decisão terapêutica. Muito se fez nessa matéria”. Os mais jovens concordam que é importante a decisão centrada no paciente e ouve-se a afirmação: “a era do paternalismo acabou”.

Contudo, também há pacientes participativos, como explica uma médica: “aquele doente que quer participar na decisão da terapêutica. Nós explicamos e ele dá-nos a sua opinião”. No entanto, como adverte uma enfermeira, nesta tomada de decisão, é preciso avaliar “as capacidades habituais do paciente”.

Os enfermeiros revelam que os pacientes dependem mais deles para o esclarecimento de questões do que dos médicos. Isto acontece porque o médico representa para o paciente uma figura com outro “estatuto”. Os enfermeiros verificam que o “paciente assustou-se [com o médico], e, com o enfermeiro, ele é capaz”. A questão não é apenas ver o enfermeiro como facilitador, revelando esta categoria profissional que o paciente sofre de uma “subserviência em relação ao médico e, por isso, não quer incomodar o médico e vai perguntar ao enfermeiro”. Ouviram-se comentários relacionados com a diferença entre médicos e enfermeiros: “o estatuto social do médico está colocado pela maior parte do cidadão acima, e o do enfermeiro está mais baixo”.

Para obviar a falta de decisão dos pacientes, os enfermeiros sentem necessidade de capacitá-los: “se as pessoas enquanto utilizadores de serviços de saúde tiverem mais *empowerment*, as coisas mudam um bocadinho”. Mas, como referem os enfermeiros, “nem sempre resulta”. Isto porque “há pessoas que, por mais que façamos ou expliquemos, não chegamos a vias de fato”. Por outro lado, também os médicos preferem “a autonomia dos pacientes” e um “paciente sempre envolvido”. Mas consideram que “é difícil, porque o sistema ainda não está muito preparado para isso”. Tanto médicos como enfermeiros têm a noção clara da necessidade de dar/partilhar informação ao paciente. Estes resultados foram extraídos dos FG, assim como do Q-COM-LIT.

No inquérito, 72,1% dos enfermeiros e 47,9% dos médicos consideram-se *bons* a *informar o/a paciente sobre o que quer saber, os seus sintomas e estado de saúde*. Em reforço, os participantes nos FG dizem expressamente “o doente não pode sair da consulta cheio de dúvidas, em relação à medicação que vai fazer”. Um enfermeiro comenta: “se os pacientes forem empoderados e forem o centro, e se nos considerarem como parceiros na gestão da saúde, conseguem-se melhores resultados em saúde”.

Uma médica sublinha com a sua intuição: “eu sinto que os doentes gostam de sentir que têm um papel ativo na tomada de decisões, embora efetivamente a decisão seja tomada pelo médico”. Um enfermeiro, apelando para a necessidade da simetria e de uma relação igualitária, afirma: “pode parecer um paradoxo, mas mais do que o doente ser nosso parceiro, somos nós profissionais, que temos de mudar. Nós é que somos o parceiro dele na relação, em igualdade, na linguagem e na comunicação”. Apresenta as razões por que a autonomia e a tomada de decisão do paciente não acontecem: “é difícil ainda partir para aí, porque o sistema ainda não está muito preparado para isso. As coisas são feitas de acordo com as nossas capacidades e deveriam sê-lo em função das necessidades das pessoas”.

5.2.7. A dimensão do acesso

Os médicos discutiram o *acesso* relacionado com os cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, nas vertentes da informação em saúde e

navegabilidade do sistema. Consideram que o acesso deve ser visto como “um processo”, “individualizado” e que deve “adequar-se aos doentes”.

Tanto nos FG como no inquérito, houve um maior peso de médicas (62,96%) e uma igual ponderação entre os enfermeiros de ambos os géneros a avaliar-se com *bom*, quando se trata de *demonstrar ao paciente como se faz, com gráficos, imagens, ou esquemas*.

Os médicos do género masculino são mais críticos sobre as opções de acesso aos serviços, quando não existem motivos prioritários para a saúde do paciente. Ouvem-se expressões, como “se calhar o mesmo doente, que apanho na urgência às três da manhã a queixar-se de uma dor no pé que tem há seis meses – e seguramente não é uma coisa para a urgência –, é o mesmo doente, que é capaz de ter um enfarte e passa uma semana com dor no peito em casa”.

Há, porém, preocupação sobre a forma de aceder ao paciente na relação terapêutica e sobre o acesso deste aos serviços de saúde. Uma médica realça que é preciso que os profissionais saibam “qual a melhor forma de chegar ao doente, que dificuldades pode ter ou não na compreensão e na planificação do seu plano terapêutico”. O objetivo é a resolução de problemas, “adaptar o que nós reconhecemos e identificamos como um problema e arranjar a melhor solução para aquela situação”.

No campo da promoção da saúde e do autocuidado e sobre o acesso à informação, referem: “eu dou-lhes alguns *websites* para eles consultarem”, contrapondo que “às vezes não resulta”. A enfermeira entrevistada sublinha que a palavra-chave no acesso é “orientar” e “adaptar”. Também significa aumentar o conhecimento, o autocuidado e a promoção da saúde: “o acesso pode ser facilitado através de pesquisas que se pode fazer com o utente no contexto dos cuidados de saúde, em *websites* credíveis e não simplesmente *o dr. google*”. Dá exemplos para facilitar o acesso: “fornecer informação escrita, como folhetos, panfletos; preparar uma sessão de esclarecimento, informação com aquele ou mais utentes que tenham a mesma necessidade, com recursos fáceis de aceder, atendendo ao seu nível de literacia, digital, escrito e adaptação ao seu perfil”.

Os enfermeiros participantes nos FG concordam sobre a importância da *linguagem* e do *canal de comunicação* cujo objetivo é desenvolver o questionamento,

estando este relacionado com ambas as partes da relação, permitindo “dar mais informação, instrução e conhecimento ao paciente”. Mas advertem sobre os “cuidados” e a preocupação “em relação ao conteúdo”, significando a sua adaptação ao perfil do interlocutor, pois “se for uma pessoa com alguma formação na área, a nossa linguagem pode ser um pouco mais técnica”. Apresenta-se uma síntese no quadro 24.

Quadro 24. A importância do questionamento na dimensão do acesso à saúde

Question-asking
<ul style="list-style-type: none">. É extremamente importante a forma como conseguimos a adesão daquele doente;. É importante perguntar sobre as suas preocupações;. O que é que o doente está ali a fazer? Ou em caso de internamento perguntar: o que aconteceu? Porque é que ele está ali?. Permite estimular o doente;. Implica que o médico questione o doente no final ou no meio dessa transmissão de informação;. Percebe-se o nível de literacia na forma como os doentes ou os familiares expõem as dúvidas;. Se é uma pessoa com baixa literacia em saúde, apercebermo-nos logo pela forma como coloca as questões e aborda os assuntos;. É preciso perguntar o que o doente já sabe sobre a sua doença;. Começamos a falar e detetamos que, por vezes, o doente nem sabe em que especialidade está;. Tem de haver uma certa empatia, de tal forma que o doente não tenha vergonha de nos questionar e, com facilidade, sobre as suas dúvidas;. O paciente tem de sentir-se à vontade para poder colocar as suas dúvidas na consulta. Isso ajuda na adesão terapêutica, assim como no seguimento relacional, nas restantes consultas.

Fonte: Elaboração própria com base nos 14 FG.

5.2.8. A dimensão da compreensão

Sobre o processo de compreensão, os resultados sobre as autoperceções dos profissionais de saúde acerca das suas competências de comunicação mostram que existe, na comunicação com o paciente, uma necessidade de constante retroalimentação, um feedback contínuo, num imperativo de se fazerem compreender e saber como abordar os pacientes, sobretudo os que apresentam mais vergonha e embaraço e, por isso, os que encaixam no perfil de baixa literacia em saúde.

A compreensão é afetada, neste contexto, pelas “questões culturais”, inserindo-se nesta variável os “migrantes”, a “idade do paciente” ou o seu estado de ansiedade, tendo em conta a “gravidade do estado de saúde”. Para ultrapassar a barreira cultural, há organizações de saúde que têm “tradutor para várias línguas, como ucraniano e russo, e, se necessário, temos uma lista de tradutores que podem ser contactados”.

Os médicos revelam que o paciente esquece com facilidade as instruções em saúde: “o doente esquece depois de sair da consulta, porque é normalmente bombardeado com demasiada informação”. Para obviar este esquecimento das instruções, consideram que, no final de todas as consultas, “é mandatário sumarizar” os próximos passos da consulta. Como uma médica revela: “é importante resumir ao paciente o que foi dito, dizendo, em suma, vai fazer assim e assim”. De uma forma geral, verificou-se que os médicos consideram ser uma das suas funções “fazê-los compreender [os pacientes]”, mas é uma tarefa que lhes exige dedicação e esforço. Neste sentido, uma médica resume: “temos de nos esforçar para que o doente entenda aquilo que dizemos”. Para se fazerem compreender, por forma a que o paciente assimile a mensagem em saúde, “às vezes temos de desconstruir” e, neste processo, consideram que a “disponibilidade” é o ingrediente que “cria relações mais compreensíveis”.

Para os enfermeiros, há uma responsabilidade em assegurar a compreensão do paciente, sendo fundamental “saber e compreender os objetivos, ter conversa de cuidado, ter a colaboração do doente”. Sobretudo os do género masculino estão mais sensíveis sobre esta importância da compreensão, mais do que os médicos deste género. Os enfermeiros reconhecem que têm de “avaliar o nível de instrução, conhecer a pessoa, o que ela sabe sobre o que nós queremos fazer” e dar “exemplos próximos da realidade das pessoas, para que se comece a fazer luz e a paciente perceba”. É, desta forma, que consideram que se “chega ao grau de compreensão que garante que o outro compreende exatamente o que vou transmitir”.

Um conjunto de médicos, de ambos os géneros, têm a perceção da importância das “estratégias não verbais”, que contribuem “para que o paciente se recorde melhor da informação”. No entanto, predomina entre as médicas, sobretudo entre as mais jovens, a preocupação de assegurar a compreensão e memorização do paciente através de meios não verbais, como os desenhos, gráficos e imagens, refletindo-se também no

Q-COM-LIT, em que 64,6% de médicas afirmaram realizar bem esta tarefa, atribuindo *bom*, quando *demonstram ao/à paciente como se faz (com gráficos, imagens, desenhos ou esquemas)*". Os desenhos feitos frente-a-frente, "de uma forma repetida", servem "para que o doente não se esqueça e não confunda", concordando que esse registo e repetição "melhora essa compreensão". Exemplificam: "eu, às vezes, explico a doença com o desenho. Desenho um fígado, uma forma geométrica, faço o boneco com o corpo à volta. É mais fácil para localizar as imagens, as cores, a linha vermelha, mostrar-lhes *aqui tem a sua data de marcação, aqui tem a linha vermelha para o contraste*, para memorização do doente". O médico de saúde pública entrevistado concorda e reforça: "as ferramentas visuais facilitam completamente. Há estudos validados que confirmam, seja em meio de consulta ou de hospital que o desenho complementa a palavra". Este médico acrescenta, ainda, que "não é preciso saber desenhar. É sim preciso ligar os conceitos que se transmitem de uma maneira que a paciente perceba".

Os participantes nos FG consideram, para esta compreensão e na integração de cuidados, "importantes as listas para o doente levar para casa", também porque há outros profissionais, para além dos médicos e enfermeiros, que intervêm no processo de saúde: como por exemplo, "os farmacêuticos, que os ajudam também no processo de compreensão".

No Q-COM-LIT os enfermeiros de ambos os géneros ficam atrás dos médicos na elaboração de desenhos e gráficos, com menos de 50% (43%) na boa (*bom*) demonstração ao/à paciente, por oposição a 64,6% de médicos. Pode-se deduzir que, pelo fato de os médicos prescreverem medicação, por vezes sentem mais necessidade de comunicar para além da linguagem verbal, fazendo desenhos e gráficos. A acrescer a este esforço pela compreensão do paciente, consideram outras estratégias e fazem também a "adaptação da linguagem", procurando "compreender o contexto" e ainda, sobretudo com os mais idosos, "envolver os familiares".

É na dimensão da compreensão que os profissionais mais se esforçam por transmitir conhecimentos, aumentar o envolvimento e baixar os constrangimentos e compreender as crenças dos seus pacientes, explicando e esclarecendo para os motivar a compreender e a aderir terapêuticamente. Os conhecedores do modelo foram mais imediatos na compreensão dos efeitos das crenças e dos mitos sobre o paciente e sobre

a sua adesão e resultados em saúde, embora os não conhecedores também se apercebam dos obstáculos criados e da necessidade de mudança de comportamentos. Neste sentido, um conhecedor do modelo revela: “o profissional de saúde tem de saber estar alerta aos mitos”.

Entre as falhas, “por vezes o profissional não faz a validação que essa pessoa entende a mensagem e sobre as crenças que tem”, o que provoca resultados menos satisfatórios em saúde. Outro conhecedor do modelo explica a diferença de conhecimentos, que existe entre o profissional e o paciente: “a relação terapêutica tem de existir para colmatar a diferença de conhecimento e minimizar esse hiato entre os conhecimentos”.

Os profissionais consideram, ainda, que o paciente “tem sempre opção de escolha, adere de livre vontade”, mas também é o conhecimento que lhe proporciona uma maior capacidade, pois “se não lhe dermos conhecimentos não pode aderir a um tratamento e fazer melhor por si e pela sua saúde”. Por outro lado, o aumento da informação e conhecimento do paciente pode colmatar algumas lacunas: “muitas vezes os doentes nem sabem porque foram referenciados para uma consulta ou sobre a medicação e, se sabem, não entendem para o que serve”. Por isso, “temos de explicar o que o doente deve fazer e esclarecê-lo”. Mas os profissionais têm a noção de que apenas “conhecimento” não muda comportamentos: “não é linear o conhecimento refletir-se nas melhores escolhas”. Uma médica dá o seu próprio exemplo como fumadora, consciente de que o tabaco lhe faz mal, mas mesmo assim, não deixa de fumar.

Para reforçar a mudança de comportamento, os profissionais de saúde sabem que o “envolvimento” e a “motivação” podem ajudar. O envolvimento do paciente é um fator importante “a considerar na decisão terapêutica”. Perante o perfil do paciente, os profissionais têm a perceção da necessidade de medição da capacidade do paciente, sendo necessário “avaliar e perceber se o paciente chega lá”. É, só através desta perceção das capacidades do paciente, que que “pode haver uma decisão consciente e devidamente informada”.

Acontece, por vezes, que os pacientes “têm memória seletiva”, contrariando uma instrução, sobretudo quando advinda dos enfermeiros. O paciente contesta o

enfermeiro, defendendo o que assume que o médico lhe disse: “dizemos-lhe que a situação vai ser de determinada forma, e os pacientes replicam *“mas no dia em que entrei a doutora disse que eu ia voltar a andar”*, e “nós sabemos que não é verdade”.

Os médicos percecionam que existem outras fontes, que consideram “não credíveis” e às quais os pacientes, muitas vezes, recorrem. Acontece, sobretudo, no problema da automedicação, em que recorrem à família, vizinhos ou celebridades: “na consulta encontrei uma pessoa, que foi a um *website* de uma dietista conceituada e começou a fazer a dieta. Estava tudo errado e, por isso, é preciso desconstruir”. Sobre esta questão da multiplicidade de fontes de informação, a psicóloga entrevistada revela que, “do ponto de vista do paciente, é extremamente complicado ter tantas dissonâncias entre tantas fontes de informação: entre o familiar, a vizinha, o médico, e a pouca capacidade crítica do paciente de aferir qual a informação fidedigna”. Esta especialista sublinha que a comunicação entre pares produz efeitos na compreensão do paciente e na sua segurança, embora, por vezes, “falte a integração de cuidados”, através “das informações de outros médicos ou na equipa, o que dificulta a intervenção”.

A compreensão conduz às “mudanças comportamentais”, reconhecendo que “são muito difíceis” de se alcançar. Existe, por isso, uma negociação quase permanente entre o profissional e o paciente, atendendo às pequenas mudanças conseguidas pelo paciente: “a relação terapêutica é *ir*, mas depois temos de *receber* [a informação] e perceber o que se pode adaptar”, compreendendo que “a pessoa devolve o que consegue fazer”.

Sobre a dificuldade de compreensão, uma médica personaliza: “eu própria, quando sou utente, tenho dificuldade em assimilar tudo o que me foi dito. E não tenho a certeza de que compreendi tudo, enquanto utente e mãe”. Por isso, explica: “sinto necessidade de sumarizar e repito: *então tem de fazer isto, isto e isto, e a próxima consulta é no dia x*, para ter a certeza que [o paciente] percebeu a informação”.

A médica coordenadora do transplante de órgãos explica que o esforço “tem de ser, da parte dos profissionais, e por isso o curso [formação avançada em literacia em saúde] para mim foi extremamente importante, porque percebi que tenho de me esforçar para que os doentes entendam aquilo que eu digo. E arrepia-me, às vezes, as

peessoas mais jovens que não estão muito preparadas. É algo que se vai ganhando ao longo da vida profissional”.

Resumem-se, no quadro 25, algumas perceções dos profissionais de saúde, relacionadas com a compreensão.

Quadro 25. Dimensão da compreensão através das três competências

ASSERTIVIDADE
<ul style="list-style-type: none"> • Controla e dá comando à consulta • É diminuir a incerteza, esclarecendo e fazendo compreender o paciente • É importante fazer participar o paciente para que ele assuma a decisão • E gerir as alternativas (e.g. através de tradutores) • É importante conhecer o paciente e a sua compreensão sobre o assunto que o traz à consulta • Melhora a relação e os resultados em saúde, mesmo após a consulta • Permite gerir os momentos da consulta e do paciente (compreensão das instruções) • Somos assertivos na consulta
CLAREZA
<ul style="list-style-type: none"> • A clareza de linguagem é percebida pelo paciente • A linguagem clara melhora a passagem da informação porque é entendível • A linguagem mais inteligível pode não chegar ao cidadão • É comunicação descodificada • É fazer desenhos, gráficos e imagens, para ajudar na compreensão • Há equilíbrio e exatidão da informação: o que se pretende transmitir é exatamente aquilo que é transmitido • Contribui para o aumento da literacia em saúde (compreensão) do paciente
POSITIVIDADE
<ul style="list-style-type: none"> • O paciente percebe e melhora a sua ação em coisas pequenas • Apoia a perceção da realidade • Aumenta a confiança, havendo mais envolvimento e maior compreensão • É a escolha das palavras para motivar e memorizar • É como subir um degrau de cada vez • É dar ênfase aos benefícios e, por isso, é motivacional • É não criar falsas expectativas (o futuro) • É o foco na solução e ver o caminho em frente (ensinar para que o paciente compreenda a solução) • É ver o lado bom e abordar as situações de forma exequível e fácil • Permite envolver o paciente com emoções positivas, fazendo-o compreender melhor • Permite influenciar o nível de autoestima do paciente

Fonte: Elaboração própria com base nos 14 FG.

É, também, o processo de compreensão que pode conduzir a uma melhor adesão, embora nem sempre ocorra: “temos de nos certificar que a pessoa percebeu e perguntar-lhe: *diga-me lá o que é que eu lhe disse?*”. O “fato de a pessoa sentir que compreendemos *abre a porta* à adesão e é fundamental”. Ao invés, pode haver uma leitura oposicional pelo paciente e “as pessoas até podem saber mais do que nós” e, pela sua capacidade de decidir, “fazem o que entendem”.

5.2.9. A dimensão do uso

Sobre o uso da informação e dos serviços de saúde pelos pacientes, os resultados relacionados com as autoperceções dos profissionais de saúde mostram que os médicos, de ambos os géneros, são mais críticos do que os enfermeiros. Os médicos avaliam que os mais idosos – que consideram recorrer muitas vezes aos serviços de urgência –, não o fazem por razões de saúde, mas por razões de solidão e de necessidade de relação e conversa social.

Todos os FG com médicos, sobretudo os do género masculino, evidenciam as fortes carências de “educação” dos pacientes em vários níveis, “como pedir ajuda ou ligar para o 112 [número nacional de emergência médica]”. Têm a noção do acesso “extraordinariamente simples ao número 112, mas, na hora da verdade, em Portugal, as pessoas não têm/não sabem essa informação”.

Por outro lado, existem pacientes que, pelo recurso à internet, mostram na consulta que “trazem tudo sabido e dizem-nos: *olhe que não é assim porque eu vi na internet*”. Nesta altura, a atitude dos profissionais consiste em dizer-lhes “que não é assim”. Consideram que, na adesão ao medicamento e apesar dos esforços empreendidos para fazerem compreender a necessidade, “se acharem que devem deixar de tomar, deixam”. Um médico diz: “nós promovemos e ajudamos o doente a decidir, embora, em algumas situações, há doentes com determinadas personalidades e situações que reivindicam o direito de decidir por eles”. Neste âmbito, o processo ancora-se no respeito de aceitar que “há pessoas que não querem [fazer adesão terapêutica] e, apesar de entenderem que é importante”, “simplesmente não vão fazer”. No outro extremo e como já foi abordado, estão os pacientes que, pelas suas características e de uma forma sistemática, “delegam essa decisão”.

Para haver decisão centrada no paciente, há médicos que evidenciam a necessidade de tomada de decisão pelo paciente, mas com alguns limites: “as decisões têm de ser partilhadas entre o profissional e o doente” e fazem o paciente participar no processo, “mesmo que não sejam os pacientes a decidir”.

Fazendo a ponte com a técnica *teach-back* (*explicar de volta*), uma médica refere que, para que o paciente saiba usar, é preciso “tentar resumir a consulta, em todos os

pontos, e pedir para o doente repetir, garantindo que percebeu”. Os médicos têm a opinião de que os pacientes que “aderem melhor não são sempre os que têm melhor literacia, havendo pacientes que “parece que falam melhor, mas não são os que aderem melhor”, pelo que o uso não está garantido.

O objetivo na melhoria deste nível e uso dos serviços e da informação exige “responsabilizar o doente pela sua saúde”. Apresentam-se, no quadro 26, alguns excertos dos resultados sobre o uso da informação e dos serviços como dimensão da literacia em saúde.

Quadro 26. Resultados sobre o uso da informação e dos serviços de saúde

- A linguagem mais utilizada de uma forma mais positiva tem mais resultados e, por isso, consequências no uso da informação e navegabilidade dos serviços;
- A linguagem não sendo acessível à maioria das pessoas, dificulta o uso de informação;
- É preciso levar o paciente a aderir aos procedimentos terapêuticos em função das suas necessidades e de livre vontade;
- É preciso avaliar os pacientes com maior nível educacional, porque nem sempre são os que tomam as melhores decisões em saúde;
- É importante fazer o paciente sentir-se à vontade, para poder colocar as suas dúvidas na consulta;
- O uso envolve a mudança de comportamentos;
- O diálogo deve ser adequado e ajustado de forma individualizada para produzir resultados ao nível do uso da informação;
- O profissional tem de pensar muito bem o que vai dizer e usar linguagem adequada;
- Os pacientes têm de aprender a falar português (crítica);
- Para haver uso, deve haver certificação de que o paciente ouviu e compreendeu.

Fonte: Elaboração própria com base nos 14 FG.

Uma crítica comum e transversal a todos os FG é a necessidade de “educação” dos pacientes, como um fator-chave em todos os processos de saúde, incluindo o acesso, compreensão e uso da informação por parte dos pacientes. Uma das entrevistadas revela o problema da educação em Portugal: “não é especificamente de educação em saúde, mas a educação de uma forma geral, na qual a saúde obviamente está integrada. Porque os jovens chegam a uma altura avançada dos estudos e sabem muito pouco de tudo. Tudo muito superficial. Não têm hábitos de leitura. Não se interessam”. Os participantes nos FG consideram que “a questão da educação para a saúde é um problema tão transversal na nossa população” e que “é fundamental, a

começar nos bancos das escolas”. Mas há a consciência de que este processo “vai levar outra geração para que aconteça”.

A médica entrevistada, quando questionada sobre o que se poderá fazer para melhorar o acesso, processamento e uso, explica: “tem a ver com a cultura e com a educação das pessoas de uma forma geral. Os jovens precisam de uma educação melhor nas escolas, nas matérias, para saberem ler melhor, interpretar o que leem, saberem descrever minimamente. Vejo os jovens e é assustador”. Questiona sobre quem terá a responsabilidade desta educação. Mas tem dúvida sobre a resposta: “pois, não sei. Não podemos dizer que é do sistema”. A solução poderá exigir uma reorganização do sistema educativo, como “flexibilizar os currículos e motivar as pessoas para aprenderem”. Considera a “motivação” um desafio para a aprendizagem dos jovens, para que possam deter uma maior literacia em saúde.

No entanto, apesar das críticas ao nível educacional da população que atendem, os profissionais de saúde participantes neste estudo não descuram o seu papel de educadores. “Entre as vastas atividades do médico, inclui-se: identificar o problema do doente e a gestão do diagnóstico e tratar em conformidade, associando-se a estes objetivos o papel na prevenção, na educação para a saúde”.

Para melhorar a literacia em saúde, “é preciso avaliar a educação”, o que implica uma diversificação de atividades”, no sentido de agilizar o acesso, processamento e compreensão: “eu faço sempre a comparação com os que fazem artes, teatro e a música. Sempre vi que eles têm uma capacidade maior e que conseguem absorver. Estão sobrecarregados com horários, mas depois têm um aproveitamento melhor, porque estão a fazer coisas que gostam. E isso é extremamente importante”. Neste contexto, a professora de enfermagem alerta: “esta é a terceira geração de educação para a saúde”, que significa passar de uma “fase prescritiva para uma crítica” e acrescenta: “os enfermeiros devem perceber que não estamos no modelo biomédico, mas holístico. Estamos numa interação constante com aquilo que nos envolve”.

5.2.10. O contributo da assertividade para a relação terapêutica

De acordo com as percepções dos profissionais de saúde, em matéria da competência da assertividade e dos comportamentos assertivos do profissional de saúde, estes “ocorrem dentro da relação terapêutica” e “envolvem a expressão da opinião, respeitando os limites do outro, numa escuta ativa”. Estão, assim, associados às competências pessoais comunicativas, de saber dizer e agir, sem conflito e sem medo.

O perfil de um profissional assertivo é “agir certo, tendo em conta a objetivação, a determinação e a empatia”, “ser coerente”, “competente, seguro, verdadeiro ao transmitir a mensagem e/ou informação”, ter “uma postura profissional” como um “agente facilitador da relação terapêutica”. Tudo isto “tem a ver com o comportamento”. Estabeleceu-se a ideia comum entre os conhecedores e os desconhecedores do modelo de associação entre a assertividade e o “respeito pelo outro”. Quando se procede à avaliação dos resultados da tabela de composição das competências efetuada pelos participantes dos FG após a discussão, verifica-se que 27 profissionais associam a assertividade ao “compromisso” (n=27). A assertividade é uma competência que “não está dependente da *alea* [sorte]” e um dos conhecedores do modelo enfatiza: “há pessoas que têm sorte por serem assertivas por natureza, e há outras que têm de trabalhar” para o serem. As profissionais do género feminino destacam a “coerência”.

A assertividade, funcionalmente, permite uma melhor gestão e controlo do andamento da relação terapêutica. Sobre a aplicação da assertividade em contexto de consulta, os médicos auto referem-se como “assertivos na consulta”. Os médicos, do género masculino, revelam que, quando se é assertivo, se “compreende o que se deve fazer para melhorar a relação terapêutica” e “permite-se a clarificação e a objetividade do assunto de saúde”. A enfermeira-chefe entrevistada sublinha a mais-valia da assertividade utilizada como um comando do rumo da relação terapêutica e assegura que “tem de ser usada ao longo da consulta”. Este imperativo deve-se a que “posso ter um doente que chega e fale durante muito tempo e é preciso saber conduzir a consulta”.

Os entrevistados e os médicos realçam que o embaraço e a vergonha, sentidos pelo paciente com BLS, podem ser colmatados através do uso da assertividade, que

permite “pôr o doente à vontade para falar dos assuntos que lhe dão vergonha de falar”. Outro médico acrescenta: “para não embarçar o doente, devemos perguntar-lhe as coisas como se fosse para nós”.

Adicionalmente, a assertividade é usada no âmbito das questões culturais: “implica ter respeito pela cultura do outro” e, entre competências linguísticas, a assertividade representa “conseguir alcançar o objetivo da fala.

Quanto aos assuntos sensíveis na saúde (e.g. doenças infecciosas), a atitude dos médicos é cuidada. Uma médica sublinha: “temos de dar a entender que aquilo que o paciente conta é normal e, depois, vamos construindo no sentido de o educar nessa situação”.

Por seu turno, os enfermeiros falam de “uma assertividade empática da relação terapêutica, de dar tempo ao outro, tempo e espaço”. De forma metafórica, uma profissional faz a ponte com o rigor, a certeza e a simplicidade da matemática, explicando: “é um pouco como usar a linguagem matemática. $1 + 1$ é igual a 2. É assim neste contexto”.

Os conhecedores do modelo foram mais rigorosos na definição do significado de assertividade. Por exemplo: “implica exprimir-se livremente e sem receio, sem fazer juízos de valor sobre o outro” e “evita-se o conflito, o medo e a agressividade”. Já os não conhecedores do modelo – e, por isso talvez não tão habituados a definir o significado desta competência –, referem que é “comunicar de forma positiva”, “esquecendo a emoção”, e que “permite a eficiência, a eficácia”, “a clareza” ou ainda “ser imparcial”. Resumem-se, no quadro 27, as componentes de assertividade elencadas pelos FG.

Quadro 27. Componentes da assertividade na relação terapêutica

ASSERTIVIDADE
Agir corretamente Agir de forma determinada e com empatia Parceria com o paciente Conseguir chegar ao outro Fazer entender o outro, sem esquecer o ponto de vista próprio Não fazer juízos de valor Não invadir o espaço do outro Não ter agressividade Não ter medo

Ser coerente
Ser imparcial
Ser seguro
Ser verdadeiro
Ter coragem
Ter e agir com confiança e/ou ser confiante
Ter eficácia
Ter eficiência
Ter envolvimento
Ter respeito pelo outro

Fonte: Elaboração própria com base nos 14 FG.

Na ótica da psicóloga, para prover um contributo para a literacia em saúde do paciente, a assertividade “é a capacidade de o médico transmitir efetivamente a informação técnica para que o paciente sinta confiança nos seus saberes e acredite que vai ter uma solução, e mobilizá-lo para uma ação”. Nesta dimensão, “é o modo de conseguir fazer entender o outro de forma racional. Segundo esta especialista em literacia em saúde, para que o paciente “se sinta respeitado, valorizado e ator no sistema de saúde”, é preciso tentar encaminhá-lo, direcioná-lo, mas sem esquecer o nosso ponto de vista e sem invadir o espaço do outro”.

Numa voz única, a palavra, que se destacou para definir o resultado do uso da assertividade, foi a “confiança”. Os resultados em saúde, em síntese, permitem estabelecer uma linha condutora e potenciadora da confiança entre pacientes e profissionais, num vínculo verdadeiro e respeitador, promovendo a díade comunicativa e benéfica entre ambas as partes. A finalidade é, também, “garantir a segurança do paciente”.

5.2.11. O contributo da clareza para a relação terapêutica

Em todos os *focus groups*, houve concordância sobre a linguagem clara ser a que “o paciente entende à primeira”, “simples”, “adequada”, “adaptada”, “explicativa; “sucinta”, “percetível”, “promotora de mudança”, “geradora de confiança”, “credível”, através da qual “o paciente compreende” o que o profissional quer dizer.

Sobre a simplificação da linguagem, para alguns profissionais, o processo não é imediato: “a pessoa tem de pensar muito bem o que vai dizer”, obedecendo a um “esforço para traduzirmos a linguagem técnica”, que deve ser adaptada “às linguagens

diferentes que as pessoas têm”. O uso da clareza da linguagem prende-se com o perfil de pacientes. Segundo os profissionais de saúde, “podemos ter à frente uma pessoa que não saiba ler nem escrever, ou uma que que tenha um curso, e a maneira de falar com um e com outro é diferente”. Portanto, esta linguagem clara tem de ser “adaptada ao paciente” e “ao seu perfil”, assim como é “exigível a adaptação” do profissional – e.g. “nem eu própria me apercebi como naturalmente me adaptava às pessoas para me fazer compreender”.

Quanto a ser explicativa e sucinta, referem que o não uso da clareza pode produzir um resultado inverso: “eu até posso estar a transmitir uma informação e querer criar uma relação, mas, se não souber dizer ou se não for clara, o meu efeito pode ser o contrário”. Por isso, tem de ser “simples”, assim como “percetível”, e primar pela “concisão”. Quanto ao seu uso, a clareza de linguagem significa que é “direta”, usada “de forma tranquila, com naturalidade”.

Sobre a explicação de termos técnicos, concordam que “é necessário evitar o jargão técnico”. Uma médica explica: “as pessoas associam-no a termos que conhecem. Por exemplo, se eu disser que tem um problema no sangue, as pessoas podem associar à anemia. Por isso são fundamentais as palavras simples”.

Sintetizam-se, no quadro 28, as componentes da clareza de linguagem.

Quadro 28. Componentes da clareza de linguagem na relação terapêutica

<ul style="list-style-type: none"> • Acessibilidade • Adaptação • Adequabilidade • Anulação de mal-entendidos • Compreensão • Credibilidade • Dotação de sentido à mensagem 	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento • Facilitação de mudança • Percetibilidade • Promoção da mudança • Promoção dos cuidados • Ser direto • Simplicidade
--	---

Fonte: Elaboração própria com base nos 14 FG.

Os médicos reconhecem que deixam “muitas vezes escapar palavras técnicas, como *Ah, a sua hemoglobina desceu*, confessando que, para eles, estas expressões “são habituais”. Mas “é muito importante traduzir” e “adaptar ao tipo de pessoa”, ocorrendo esta adaptação em todo o ciclo de vida, desde as crianças aos adultos.

Um médico do género masculino explica a solução, considerando que a maior parte dos profissionais “já tem experiência e já percebe como lidar com esse tipo de pessoa. Explicamos em linguagem simples, não abusando dos termos médicos”. Outro médico do mesmo género esclarece que o desafio consiste em “tirar as dúvidas dentro da nossa capacidade de utilizar um vocabulário que entenda, e tornar aquela conversa perceptível”.

Verifica-se, no Q-COM-LIT, que 81,3% dos médicos (ambos os géneros) e 75,7% dos enfermeiros (ambos os géneros) consideram-se “bons” na *ajuda ao paciente com linguagem simples a encontrar informação*.

As respostas dos profissionais conhecedores do modelo estão mais alinhadas com a literatura em relação à definição de *clareza da linguagem*. Reconhecem, entre as vantagens da linguagem clara, a sua associação à credibilidade, confiança, literacia em saúde e adesão: “o profissional só ganha com o uso dessa linguagem e ganha credibilidade”, “aumenta a relação de confiança”, melhora a “literacia em saúde”.

A clareza de linguagem é “importante para o seguimento e aceitação do plano de cuidados”, sendo “promotora de mudança”, e “expressa verdadeiramente o sentido que o emissor pretende”.

5.2.12. O contributo da positividade para a relação terapêutica

Os profissionais de saúde participantes e os entrevistados avaliam a competência da positividade em perspetivas diferenciadas: a) mais associada aos valores, como a “esperança dada ao paciente”, b) ao comportamento verbal, como o “incentivo com palavras positivas” e “otimistas”, e c) ao comportamento não verbal do profissional, como “cumprimentar de forma agradável o paciente”. Esta competência ainda é associada à motivação e à resolução de problemas.

A psicóloga entrevistada estabelece uma ponte com a liberdade de decisão do paciente: “a positividade, vista na sua abrangência, dá um enorme salto qualitativo. É mais do que o paradigma salutogénico, é dar esperança. É dar um salto e perguntar à pessoa: *prefere assim, ou prefere de outra forma? Como podemos fazer?*”. Esta explicação é reforçada pela enfermeira-chefe especialista em segurança, que assevera

que “a positividade surge nos momentos em que preciso que o doente entenda o que estou a dizer, mas é ele que vai ter de fazer determinada ação para poder melhorar o seu estado de saúde. E aí aumenta a intensidade da positividade”. Acrescenta, ainda, que este uso positivo da palavra tem efeitos: “quando o próprio doente não está a conseguir lidar com aquela doença. Não está a compreender. Não percebe porque vai fazer daquela forma”. Nestas condições, o uso da competência de positividade “aumenta a motivação do doente para a ação”.

Numa perspetiva de criação de valor para o paciente, os participantes nos FG referem que a positividade se relaciona com a “dignidade da pessoa”, com “dar força” ao paciente e mostrar que ele “está a ser acompanhado”, argumentando que os profissionais estão sempre disponíveis: “estamos cá para ele”, o que pode implicar também “saber ajudar alguém a morrer”.

Na perspetiva da mudança comportamental do paciente, a positividade implica conhecer os limites do paciente e saber até onde ele pode ir, como por exemplo saber que só podem ser “dados pequenos passos”, com “objetivos reais, pequenos, mas realizáveis” e sempre atendendo “ao que o paciente quer” e reforçando “o que o doente já consegue fazer”, o que for “exequível”. É, desta forma de conhecimento e ação positiva, que se consegue “ajudar o outro a atingir a mudança”.

Quanto ao aspeto motivacional da positividade, os profissionais argumentam que implica “usar como motivação o que o doente faz bem” e fazer com que tenha “autoeficácia” através do seu “comportamento positivo”, que vai melhorar ou manter o seu estado de saúde.

Sintetizam-se as componentes da positividade no quadro 29.

Quadro 29. Componentes da positividade na relação terapêutica

- Acordo e não imposição
- Ajudar o paciente a libertar os pensamentos negativos
- Identificar os *pequenos* passos do que o doente faz bem e valorizar
- Capacidade transformadora de pessoas e situações
- Capacitação do paciente pela motivação que conduz à autoeficácia
- Conteúdo motivacional
- Dar controlo ao indivíduo – *empowerment*
- Explicação da ação positiva que o paciente tem de desenvolver (em vez de *não faça isso*)

- Foco na solução
- Mostrar o que é exequível de se alcançar
- Orientar para a ação
- Palavras motivadoras – linguagem verbal
- Saber o que o paciente quer/deseja
- Ter e dar esperança, mas com realismo

Fonte: Elaboração própria com base nos 14 FG.

Contribuindo para a resolução dos problemas, a positividade existe, quando se verbaliza ao “ao outro que aquele caminho é positivo e, por isso, pode alcançá-lo”. Esta competência revela-se quando se mostra “à pessoa como é que pode ficar ou o que pode atingir se tiver um comportamento adequado”: a positividade associa-se aos “resultados”, ao “foco na solução” e à “obrigação de conhecer para se “identificar um bom caminho ao doente”, ajudando-o a compreender “o caminho em frente”.

Quando a associam à linguagem verbal, descrevem-na como “comunicação positiva”. Realçam que, no campo da linguagem não verbal, “às vezes basta um sorriso”.

A positividade fortalece a percepção que os públicos constroem da profissão de enfermeiro através do seu melhor conhecimento acerca da atuação desta profissão. O maior conhecimento da atuação baseada na positividade influencia a sua identidade e imagem profissionais: “a positividade melhora a imagem da enfermagem. Um reconhecimento dentro da sociedade como profissionais “transformadores de pessoas, com muito poder”. Reconhecem, por isso, que “é preciso saber usar esse poder” e que a positividade dá argumentos válidos para o fazerem, ao associar-se a a) conhecimentos, como saber ser mais positivos, b) às capacidades para poder agir, tanto a nível da comunicação verbal como da não verbal, modelando e controlando as expressões negativas que estão habituados a usar, como *não faça isto*, substituindo-as pelo comportamento positivo que é necessário reforçar e c) a atributos pessoais, como ser motivador e inspirador.

5.3. As autoperceções dos profissionais de saúde sobre o contributo das competências comunicativas associadas ao modelo

Constata-se que todos os profissionais de saúde confirmam que a comunicação e as competências de comunicação em saúde, a assertividade, a linguagem clara e a

positividade, são preponderantes e fundamentais, contribuindo para o aumento da literacia em saúde do paciente nas dimensões do acesso, compreensão e uso da informação em saúde. Afirmam que “as competências de comunicação são muito importantes para o aumento da literacia em saúde, para se transmitir a mensagem adequada ao paciente, de forma acessível” e “descodificada” “para que o paciente “a compreenda”.

Pelos resultados do inquérito, evidencia-se que os profissionais de saúde valorizam as suas competências de comunicação em saúde (assertividade, clareza e positividade), considerando-se *bons*, em ambas as categorias profissionais (médicos e enfermeiros) e género (masculino e feminino).

Para que o processo comunicativo possa fluir de forma eficaz, deve ocorrer um “ajustamento” e uma “descodificação” da mensagem ao nível da “literacia do paciente”. Neste processo comunicativo e relacional, os profissionais consideram que existe uma necessidade de “equilíbrio e exatidão da informação”. São os profissionais de saúde do género masculino os mais incisivos quanto à exatidão da informação, referindo que ocorre “quando o nível de informação que se transmite ou recebe é exatamente aquilo que é para transmitir”.

Os conhecedores do modelo e da literacia em saúde fazem a ponte entre as competências de comunicação e o aumento da literacia em saúde do paciente, explicando que “a informação compreendida e retida pelo paciente está condicionada pelas competências de comunicação, e, assim, o aumento da literacia em saúde depende destas competências de comunicação”. Também são estas competências de comunicação, entre outras, que promovem a adesão terapêutica e os resultados em saúde. Os médicos realçam que “é extremamente importante a forma como conseguimos a adesão daquele doente”. Para isso, deve reunir-se um conjunto de três fatores: 1) “tem de haver empatia”; 2) o paciente “não ter vergonha” e 3) é preciso “saber questionar com facilidade sobre as suas dúvidas”.

No grupo de conhecedores do modelo, os profissionais fazem a ponte imediata entre o uso das competências e os resultados em saúde: “a linguagem clara, ao ser facilmente entendível pelo outro, aumenta a sua informação e, logo, a literacia em saúde, que contribui para melhorar a relação terapêutica”. Há um equilíbrio de opiniões

entre médicos e enfermeiros, quanto ao contributo das competências de comunicação para a mudança de comportamentos dos pacientes no domínio da literacia em saúde.

5.3.1. A assertividade na perceção dos profissionais de saúde inquiridos

No âmbito do Q-COM-LIT, os profissionais de saúde assumem a perceção generalizada de que são *bons* (4) no desempenho da competência da assertividade. Considerando as avaliações de ambos os géneros e numa divisão por profissão (médicos e enfermeiros) (tabela 6), destaca-se, entre os valores mais expressivos e no global das respostas, que 75,37% dos enfermeiros e 75% dos médicos assinalam que são *bons a saber conversar (iniciar, manter, conduzir uma conversa)*. Também nesta questão (pergunta 9.1), um total de 15,94% dos médicos e um de 15,94% dos enfermeiros consideram-se *excelentes*. A maioria dos enfermeiros (74,8%) e dos médicos (77%) também se avalia com *bom a ajudar o paciente a exprimir as suas preocupações* (pergunta 9.5), assim como 73% dos enfermeiros e 72,9% dos médicos afirmam serem *bons a informar o/a paciente sempre de forma respeitosa*. Nesta capacidade, as autoperceções em ambas as profissões colhem valores idênticos.

Tabela 6. Autoperceção da assertividade com bom por profissão e género

ASSERTIVIDADE	GM+GF	
	ENF.	MÉD.
9.1 Saber conversar (iniciar, manter, conduzir uma conversa)	257 75,37%	36 75%
9.2 Informar o/a paciente sempre de forma respeitosa	249 73%	35 72,9%
9.3 Informar o/a paciente sempre de forma atenta	256 75%	34 70,8%
9.4. Encorajar o/a paciente a colocar questões	238 69,79%	33 68,75%
9.5. Ajudar o/a paciente a exprimir as suas preocupações	255 74,8%	37 77%
9.6. Gerar sentimentos e emoções com vista a uma resposta eficiente	237 69,5%	37 77%
9.7. Ajudar o/a paciente a enfrentar os problemas emocionais	242 70,9,0%	35 72,9%
9.8. Confirmar que o/a paciente compreende	248 72,7%	37 77%

9.9. Fazer o/a paciente sentir que tem tempo para ele/a durante a interação	231	32
	67,7%	66,7%
9.10. Dar apoio ao/à paciente (ex.: conversa de <i>cuidado</i> em vez de conversa de <i>cura</i>)	242	34
	70,9%	70,8%
9. 11. Saber ouvir o/a paciente	223	30
	65,4%	62,5%
9.12. Reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade com o/a paciente	244	31
	71,55%	64,58%
9.13. Sentir-se sempre confiante para lidar com o/a paciente	178	30
	52,20%	62,50%

Fonte: Elaboração própria.

Tanto os enfermeiros (52,20%) como os médicos (62,50%) descem a sua pontuação de *bom*, quando confrontados sobre se *se sentem sempre confiantes para lidar com o paciente*. Esta questão mostrou, ainda, que 33,72% dos enfermeiros e 29,17% dos médicos inquiridos se consideram apenas *suficientes* nesta sua autoconfiança.

Por outro lado, e se se tiver em conta a diferença de género – lembra-se que se usou quotas por género baseadas na proporcionalidade com a realidade – e a profissão, a maior pontuação de *bom* é avançada, primeiro, pelos enfermeiros do género masculino (86,21%) ao *reconhecimento e antecipação de situações de eventual conflitualidade com o/a paciente* e, em segundo lugar, pelas médicas (85,71%) na avaliação à capacidade de *confirmar que o/a paciente compreende o que dizem*.

Verifica-se que os enfermeiros do género masculino são mais assertivos a *reconhecer e antecipar eventual conflitualidade* (86,21%), a *dar apoio com a conversa de cuidado* (82,76%), a *encorajar o paciente a colocar questões* (79,31%), a *ajudar o/a paciente a enfrentar os problemas emocionais relacionados com o seu estado* (79,31%), a *fazer com que o/a paciente sinta que tem tempo para ele/a durante a interação* (70,69%) e a *saber ouvir o/a paciente* (70,69%).

Seguem-se as médicas, que se autopercecionam como *boas* na confirmação da compreensão pelo paciente (85,71%), a conversar com ele (81,46%), a gerar-lhe emoções para obtenção de respostas (77,85%), a ajudá-lo a exprimir as suas preocupações (77,78%) e a informá-lo (74,07%).

Embora num número reduzido (até seis respostas), são sobretudo as enfermeiras (cinco) que pontuam como *má*, na sua competência da assertividade, a capacidade de *fazer sentir ao paciente que tem tempo para ele*.

Não houve qualquer médico que tivesse optado pela resposta de *péssimo*, mas há duas respostas de médicos, de ambos os géneros, que se consideram *maus* no *conhecimento do que o paciente fez em consultas anteriores*.

Em 13 itens da assertividade, os enfermeiros destacam-se em oito respostas que medem a sua autoperceção de *bom*, enquanto que as médicas se distinguem nas restantes cinco variáveis. Na tabela 7, observa-se o máximo das pontuações em cada uma das profissões.

Tabela 7. Valores de destaque na autoperceção de bom na assertividade

ASSERTIVIDADE	BOM	PROFISSÃO e GÉNERO
9.1 Saber conversar (iniciar, manter, conduzir uma conversa	81,48%	Médicas GF
9.2 Informar o/a paciente sempre de forma respeitosa	74,07%	Médicas GF
9.3 Informar o/a paciente sempre de forma atenta	75,48%	Enfermeiras GF
9.4. Encorajar o/a paciente a colocar questões	79,31%	Enfermeiros GM
9.5. Ajudar o/a paciente a exprimir as suas preocupações	77,78%	Medicas GF
9.6. Gerar sentimentos e emoções com vista a uma resposta eficiente	77,78%	Médicas GF
9.7. Ajudar o/a paciente a enfrentar os problemas emocionais relacionados com o seu estado	79,31%	Enfermeiro GM
9.8. Confirmar que o/a paciente compreende	85,71%	Médicas GF
9.9. Fazer o/a paciente sentir que tem tempo para ele/a durante a interação	70,69%	Enfermeiros GM
9.10. Dar apoio ao/à paciente (ex.: conversa de <i>cuidado</i> em vez de conversa de <i>cura</i>)	82,76%	Enfermeiros GM
9. 11. Saber ouvir o/a paciente	70,69%	Enfermeiros GM
9.12. Reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade com o/a paciente	86,21%	Enfermeiros GM
9.13. Sentir-se sempre confiante para lidar com o/a paciente	68.97%	Enfermeiros GM

Fonte: Elaboração própria com base no Q-COM-LIT.

5.3.2. A clareza na perceção dos profissionais de saúde inquiridos

Relativamente à competência da clareza, os resultados gerais do Q-COM-LIT apontam para uma maioria de profissionais que avalia o seu desempenho com *bom* (4).

Numa perspetiva biomédica, 56,25% dos médicos (ambos os géneros) consideram-se *excelentes* na tarefa de *explicar detalhadamente os medicamentos, tratamentos e exames* e 60,7% dos enfermeiros (ambos os géneros) consideram fazer bem (*bom*) esta tarefa.

Em ambos os géneros, mais de 60% (61% enfermeiros e 60,42% médicos) classificam-se como *bons* no *contato visual* e mais de 30% destes profissionais assume-se *excelente* (34,31% enfermeiros e 33,33% médicos).

De uma forma equilibrada entre as profissões, um total de 72,9% médicos (ambos os géneros) e um de 71,8% de enfermeiros (ambos os géneros) consideram-se *bons* a perceber as informações que são dadas pelo/a paciente para prestar alívio rápido, revelando, assim, uma compreensão fácil das preocupações sintomatológicas apresentadas pelo paciente.

Quanto a *preparar o/a paciente sobre o que esperar dos cuidados de saúde*, um total de 75,4% (ambos os géneros) dos enfermeiros e um de 77,1% dos médicos (ambos os géneros) assumem-se como *bons*. Já a *elaboração de desenhos e gráficos* (pergunta 10.11) coloca os enfermeiros (ambos os géneros) atrás dos médicos (ambos os géneros), com menos de 50% (43%) a *demonstrar ao/à paciente como se faz (com gráficos, imagens, desenhos ou esquemas)*, por oposição a 64,6% de médicos.

Apresentam-se, na tabela 8, as autoperceções de *bom* dos profissionais para a competência da clareza.

Tabela 8. Autoperceção da clareza da linguagem com bom e excelente por profissão e género

CLAREZA	GM+GF	
	ENFERMEIROS	MÉDICOS
10.1. Estabelecer a relação com o/a paciente através de linguagem simples	245 71,8%	35 72,9%
10.2. Estabelecer contato visual com o/a paciente	208 61,0%	29 60,4%
10.3. Perceber as informações que são dadas pelo/a paciente, para prestar alívio rápido	245 71,8%	35 72,9%
10.4. Ajudar o/a paciente com linguagem simples a encontrar informação	258 75,7%	39 81,3%

10.5. Conhecer o que fez e disse ao/a paciente em consultas anteriores	260	33
	76,2%	68,8%
10.6. Preparar o/a paciente sobre o que esperar dos cuidados de saúde	257	37
	75,4%	77,1%
10.7. Informar o/a paciente sobre o que quer saber, os seus sintomas e estado de saúde	246	23
	72,1%	47,9%
10.8. Explicar detalhadamente os medicamentos, tratamentos e exames	207	27
	60,7%	56,25% (excelente)
10.9. Confirmar que o/a paciente compreende tudo para a sua própria segurança	238	35
	69,8%	72,9%
10.10. Usar frases curtas	166	29
	48,7%	60,4%
10.11. Demonstrar ao/a paciente como se faz (com gráficos, imagens, desenhos ou esquemas)	147	31
	43,1%	64,6%
10.12. Escrever as instruções para facilitar a memória do/a paciente	174	30
	51,0%	62,5%
10.13. Debater os próximos passos e planos de seguimento com o/a paciente	240	30
	70,4%	62,5%

Fonte: Elaboração própria com base no Q-COM-LIT.

5.3.3. A positividade na perceção dos profissionais de saúde inquiridos

Relativamente à competência da *positividade*, os resultados gerais do inquérito apontam para uma maioria de *bom* (4). Um total de 83,3% dos médicos (ambos os géneros) pontua como *bom* o seu contributo para *tornar positiva e construtiva a relação com o/a paciente*, enquanto os enfermeiros (ambos os géneros) totalizam 77,4%.

Também se nota uma maioria em ambos os géneros, de enfermeiros (73,0%) e de médicos (79,2%), que considera *boa* a sua atuação *na ajuda que dá ao paciente o/a paciente na criação de expectativas positivas*.

A opção de *bom* diminui em ambas as profissões, na capacidade relacionada com *evitar o uso de palavras e frases negativas*, em que 47,8% dos enfermeiros (ambos os géneros) e 47,9% dos médicos (ambos os géneros) considera-se *bom*. Nesta questão, há uma percentagem significativa (38,1% de enfermeiros e 39,6% de médicos) que se avalia

apenas com *suficiente*. Tal pode revelar, *a contrario sensu*, que, se não conseguem evitar, é porque usam frases negativas na sua comunicação com o paciente. Já *cumprimentar o/a paciente e atender à sua e dele/a linguagem não verbal* (pergunta 11.1) foi considerada uma capacidade executada de forma *excelente* por 56,25% dos médicos/as.

A avaliação de *suficiente* destaca-se, ainda, no *uso da voz ativa*, com 41,3% dos enfermeiros (ambos os géneros) e 27,1% dos médicos (ambos os géneros) a pontuarem-se com esta avaliação. Pode-se equacionar se não terá sido a falta de compreensão exata sobre o significado do conceito de *voz ativa* – isto é, não dominar o significado –, que pode ter motivado esta escolha, em maior medida, por esta autoavaliação. Se descem na utilização da *voz ativa*, sobem a sua autoavaliação quando têm de *explicar as situações de uma forma positiva ao/a paciente para que o paciente possa desempenhar as suas tarefas diárias*: 72,9% dos médicos (ambos os géneros) e 66,3% dos enfermeiros (ambos os géneros) avaliam-se com *bom*.

Apresenta-se a tabela 9 com os resultados das autoperceções, sobre o desempenho da competência da positividade, dos profissionais de saúde inquiridos no Q-COM-LIT.

Tabela 9. Autoperceção da positividade com bom e apontamentos de suficiente e excelente por profissão

POSITIVIDADE

	ENFERMEIROS	MÉDICOS		
11.1. Cumprimentar o/a paciente e atender à sua e dele/a linguagem não verbal	210	27		
	61,6%	56,25% Excelente		
11.2. Deixar o/a paciente falar sem interrupções	193	32		
	56,6%	66,7%		
11.3. Ajudar o/a paciente a enfrentar os problemas emocionais relacionados com a saúde	250	37		
	73,3%	77,1%		
11.4. Contribuir para tornar positiva e construtiva a relação com o/a paciente	264	40		
	77,4%	83,3%		
11.5. Evitar o uso de palavras e frases negativas	163	23		
			Suficiente ENFERM. MÉDICOS	
			130	19

	47,8%	47,9%	38,1%	39,6%
11.6. Usar a voz ativa (sujeito-predicado-complemento direto)	161	31	141	13
	47,2%	64,6%	41,3%	27,1%
11.7. Adotar a cortesia e dar carinho quando lida com o/a paciente	228	32		
	66,9%	66,7%		
11.8. Envolver o/a paciente na tomada de decisão	194	31		
	56,9%	64,6%		
11.9. Explicar situações de uma forma positiva ao/à paciente para desempenhar as suas tarefas diárias	226	35		
	66,3%	72,9%		
11.10. Ajudar o/a paciente a criar expetativas positivas	249	38		
	73,0%	79,2%		
11.11. Incentivar o/a paciente a colocar questões	200	34		
	58,7%	70,8%		
11.12. Incentivar o/a paciente a tomar decisões	189	27	103	14
	55,4%	56,3%	30,2%	29,2%
11.13. Mostrar ao/à paciente o comportamento positivo que tem de ter	189	24	104	18
	55,4%	50,0%	30,5%	37,5%

Fonte: Elaboração própria com base no Q-COM-LIT.

Também associadas à positividade, foi possível reforçar, através das entrevistas em profundidade, que as *emoções* contam no processo de compreensão e adesão do paciente. Uma das enfermeiras especialistas explica que: “se o doente tiver uma emoção positiva associada àquele momento” retém de forma diferente na sua memória e mesmo as emoções negativas podem “tornar-se positivas ou retirar algo positivo dessa emoção negativa”. Também o médico de saúde pública esclarece que é possível “motivar a pessoa para aprender se houver um contexto de emoções positivas”.

5.4. A importância do modelo ACP para o desempenho comunicacional dos profissionais de saúde

Todos os participantes nos 14 *focus groups*, independentemente de já conhecerem previamente o modelo ACP, concordam com as seguintes características e contributos do modelo, enunciando de uma forma abrangente: é “importante”, “útil”, “fundamental”, “um bom modelo”. Também “contribui para melhorar a relação terapêutica” e por isso: a) pode ser “facilmente aprendido e trabalhado”; b) ativa uma

relação com o paciente mais “confiante”, “eficaz”, “aberta” e “partilhada”; c) permite “dar uma esperança realista”; d) pode “ser usado ao longo da interação terapêutica”; e) “melhora a literacia em saúde”.

Todos os entrevistados reconhecem a utilidade do modelo, exprimindo as seguintes ideias: “os modelos de comunicação em saúde são muito importantes”, é “fundamental”, “válido” e “muito importante”. Duas das entrevistadas aplicam o modelo ACP no seu dia-a-dia. Uma delas, a médica coordenadora de transplantes, reforça: “o modelo ACP funciona. Concordo 100%! Acho que é uma base fundamental”. A enfermeira especialista refere: “sem dúvida alguma que este modelo ACP é útil, primeiro porque clarifica e objetiva a intervenção. Por si só, as questões ACP são colocadas de forma muito objetiva”. Acresce, ainda, que “o modelo ACP orienta a intervenção e ajuda, sem dúvida alguma, o profissional no desenvolvimento da sua competência na intervenção em saúde”.

De forma agregadora e considerando o modelo que já experienciaram, conhecedores do modelo afirmam que “a relação terapêutica tem dentro de si as competências do modelo ACP” e que, ao profissional, não basta usar uma das competências, sendo necessário usá-las de forma agregada e interdependente: “posso ser assertivo, mas tenho de adequar a linguagem e ser também positivo”. Reforçam que, apesar de poder haver quem tenha estas competências “naturais”, estas devem ser “aprendidas” e “trabalhadas”, “para melhorar e ter resultados mais positivos”.

Identicamente, os participantes não conhecedores do modelo reforçam que todas as competências de comunicação ACP são importantes para a relação terapêutica e é necessário combiná-las de forma interdependente.

Atendendo à positividade, os profissionais assumem as dificuldades em usá-la e reconhecem a necessidade do esforço para alterar o paradigma de linguagem a que estão habituados, quase desde a nascença, e que consiste em utilizar a frase *não faça isso, não faça aquilo*. Um dos participantes dos FG explica que “a maioria da população portuguesa usa o *não*”, pelo que “não é ainda uma prática dos profissionais de saúde irem pela positividade”. Observa-se, no Q-COM-LIT, esta evidência de uso frequente de frases negativas no dia-a-dia: 38,3% dos profissionais, em ambos os géneros, valorizam-se com um nível *suficiente* (3) na pergunta sobre *evitar o uso de palavras e frases*

negativas e 31,4% quando têm de *mostrar ao/à paciente o comportamento positivo que tem de ter*.

Em relação aos resultados do Q-COM-LIT e numa avaliação do conjunto de respostas referentes às competências do modelo ACP, a maioria tanto dos médicos como dos enfermeiros, sobretudo do género masculino, autoavalia-se com um *bom* desempenho, refletidos na mediana, moda e quartis (4). 82,85% das respostas *bom*, neste agregado de competências ACP, provêm dos enfermeiros e 55,78% dos médicos (tabela 10). Dentro da profissão de médico/a, 55,78% da avaliação *bom* é avançada por homens e 44,22% por mulheres. Dentro da profissão de enfermeiro/a, 82,85% resulta da resposta masculina e 17,5% % da resposta feminina.

Tabela 10. Total de respostas bom (4) por profissão e género

	Enfermeiros/as	Médicos/as
Feminino	17,15%	44,22%
Masculino	82,85%	55,78%
Total	100,00%	100,00%

Fonte: Elaboração própria com base no Q-COM-LIT.

Destaca-se, também, o *excelente* entre as suas competências de comunicação ACP, com 80,61% de respostas avançadas por enfermeiras e 19,39% por enfermeiros. Entre a profissão de médico, a diferença de género é atenuada, com 49,69% de respostas *excelente* do género feminino e 50,31% do masculino a valorizarem as suas competências de comunicação ACP (tabela 11).

Com estas qualificações elevadas (*bom* e *excelente*), avançadas por ambas as profissões, ao seu desempenho nas componentes das três competências ACP e provindo estas respostas de profissionais habituados a lidar com as exigências da relação terapêutica, pode-se sustentar que estão a confirmar, na prática, o modelo ACP. Tanto os FG como as entrevistas contribuíram para reforçar esta defesa.

Tabela 11. Total de respostas excelente (5) por profissão e género

	Enfermeiros/as	Médicos/as
Feminino	80,61%	49,69%
Masculino	19,39%	50,31%
Total	100,0%	100,0%

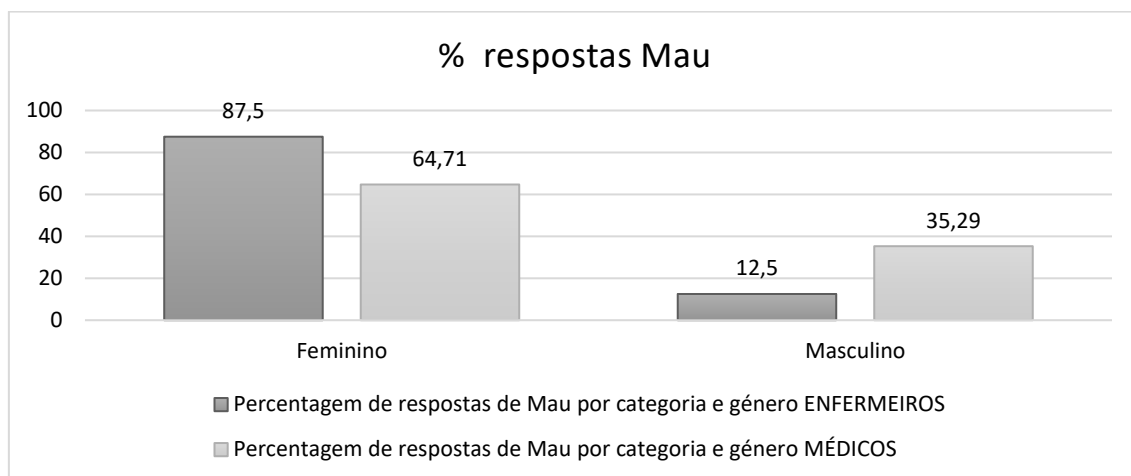
Fonte: Elaboração própria com base Q-COM-LIT.

Apesar de reduzidas, há algumas respostas de *mau* nas questões que dizem respeito a *encorajar o paciente a colocar questões* (um enfermeiro); *ajudar o paciente a exprimir as suas preocupações* (um médico e duas enfermeiras); *gerar sentimentos e emoções* (2 enfermeiros de ambos géneros e uma médica); *confirmar que o paciente compreende* (um enfermeiro); *fazer o paciente sentir que tem tempo para ele/a* (um enfermeiro e cinco enfermeiras); *dar apoio ao paciente, conversa de cuidado* (duas enfermeiras); *reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade* (um enfermeiro, três enfermeiras e uma médica); e *sentir-se sempre confiante* (dois enfermeiros e cinco enfermeiras, uma médica).

Também há respostas em que o nível mínimo de avaliação é o *suficiente*, isto é, nas quais não se registam avaliações de *mau* nem de *péssimo*: a) na competência da *assertividade*, sobre *saber conversar, informar o paciente de forma respeitosa e atenta e saber ouvir*; b) na *positividade*, concretamente *cumprimentar o paciente, contribuir para uma relação positiva, adotar a cortesia e dar carinho, explicar as situações de forma positiva e incentivar o paciente a tomar decisões*.

Um conjunto de 70 respostas de avaliação de *mau* foram dadas por enfermeiras, 11 respostas por médicas, 10 respostas por enfermeiros e seis respostas médicos nas competências da *assertividade* (questões: 9.4; 9.5; 9.6; 9.7; 9.8; 9.9; 9.10; 9.12; 9.13; na clareza (questões: 10.1; 10.13); na positividade (questões: 11.2; 11.5, 11.6; 11.8; 11.10; 11.13) – gráfico 5.

Gráfico 5. Percentagem de Respostas mau por profissão e género



Fonte: Elaboração própria com base no Q-COM-LIT.

Também há um conjunto muito reduzido de respostas de enfermeiros – 12 do género feminino e uma do masculino – que avalia com *péssimo* as suas competências de assertividade – 9.13; clareza – 10.10; 10.11; 10.12; 10.13; positividade – 11.3; 11.10, 11.11, não tendo havido algum médico com esta autoavaliação.

As entrevistas revelam unanimidade sobre a utilidade do modelo. Os entrevistados reagem de forma positiva, com expressões não verbais visíveis de satisfação (sorriso, olhos mais abertos, tom de voz, levantando os braços, inclinando-se para a frente) e verbais de afirmação: o “modelo funciona” (todos). Por exemplo, a médica portuguesa entrevistada diz com uma linguagem verbal e não verbal entusiasmada: “Funciona! Concordo 100%! Acho que é uma base fundamental”. Também a enfermeira especialista em literacia em saúde refere, numa expressão de voz muito convincente: “Sem dúvida alguma que este modelo ACP é útil. Porque clarifica e objetiva a intervenção. Por si só as questões ACP são colocadas de forma muito objetiva, orienta a intervenção e ajuda sem dúvida alguma o profissional no desenvolvimento da sua competência na intervenção em saúde”. Adicionalmente, a psicóloga defende e explica o funcionamento do modelo ACP: “a assertividade implica o cuidado para não ser intrusivo. Na clareza, é ser claro, mas não ser abrupto. A positividade é extremamente importante, pois vai no caminho de um paradigma salutogénico”.

Todos os entrevistados realçam que o modelo, apesar de “intuitivo”, deve ser aprendido. Sobre a sua própria aprendizagem do modelo ACP, a médica coordenadora

de transplantes conta sobre a evolução da importância da comunicação em saúde: “há uns anos eu não tinha esta consciência. Dizia as coisas. E até me saía bem. Não tinha esta noção do quão técnico e há técnicas para tudo e devemos pensar nelas porque melhora sempre a relação”. Há a consciência da necessidade de aprendizagem: “É um modelo aprendido. Há sempre espaço de melhoria quando se toma consciência”.

Relativamente aos FG e sobre outros contributos que poderiam trazer ao modelo trifatorial ACP, referem a “reciprocidade”. Associam-no também a uma comunicação com resultados: “Eu acrescentaria ao modelo ACP uma componente com referência à estratégia do profissional que pretende uma comunicação eficaz, mas que ele também nota a necessidade de participação do utente”, sendo importante “mesmo até na transmissão de mensagens mais difíceis e dolorosas”.

A transcrição das entrevistas e dos FG encontra-se nos apêndices 10 e 11.

5.4.1. Os resultados da tabela de composição das competências: alinhamento com o modelo

Os profissionais de saúde participantes nos FG, após a discussão, autopreencheram uma *tabela de composição das competências* inspirada na revisão da literatura e com 40 itens correspondentes à composição das competências ACP. O objetivo foi associar, por concordância ou discordância, cada um dos 40 itens às competências ACP. Poderiam associar cada item/componente a mais do que a uma competência, mas só poderiam fazê-lo em cinco componentes. Também tinham uma opção, no final da tabela, de preencherem livremente as competências que, na sua opinião, consideravam essenciais para a relação terapêutica.

Através dos resultados extraídos, verifica-se que, para cada uma das competências, houve uma maioria destacada de opções relativamente aos itens disponíveis: assim, a competência *assertividade* teve 43 opções de associação à *gestão de conflitos*, enquanto que a *clareza* esteve associada, em maioria, à *linguagem simples* (n=47) e a *positividade* à *motivação* (n=31). As componentes da relação terapêutica, associadas à assertividade, a seguir melhor pontuadas – isto é, nas quais recaíram mais opções pelos participantes que preencheram a tabela de composição das competências

–, são a *liderança* (n=39) o *controlo dos impulsos individuais* (n=37), *saber dizer não* (n=33), o *respeito pelo outro* (n=31), e a *capacidade para falar abertamente* (n=31).

A opção da melhor definição da competência *clareza* incidiu sobre a *linguagem simples* (n=47), seguida da *utilização de verbos* (n=43), das *palavras simples* (n=35), da *técnica teach-back* (n=30) e, pela discordância, da *utilização de jargão técnico* (n=27). Associado à positividade, o componente mais selecionado foi a *motivação* (n=31), seguido da *empatia* (n=28), a *orientação para o comportamento positivo do paciente* (n=27), o *estímulo à cooperação* (n=26) e a *compreensão pelos erros dos outros* (n=23).

Com a menor pontuação associada à assertividade (n=1), estão a utilização de verbos e a técnica *teach-back*. Na clareza (n=3), a motivação reuniu menos escolha, e a *positividade* (n=1) teve apenas um ponto na associação à linguagem simples, às palavras simples e às instruções claras. Verifica-se que as componentes mais pontuadas são exclusivas de cada competência e não se sobrepõem.

Podem-se observar, na tabela 12, as 20 primeiras opções feitas pelos participantes nos FG, ordenadas por cada competência do modelo ACP (no apêndice 8, encontra-se a tabela completa).

Tabela 12. Associações entre componentes e as competências assertividade, clareza e positividade

Ordem	ASSERTIVIDADE		CLAREZA		POSITIVIDADE	
1	Gestão de conflitos	43	Linguagem simples	47	Motivação	31
2	Liderança	39	Utilização de verbos	43	Empatia	28
3	Controlo dos impulsos individuais	37	Palavras simples	35	Orientação para um comportamento positivo do paciente	27
4	Controlo do contacto	34	Técnica teach-back	30	Estímulo à cooperação	26
5	Saber dizer não	33	Utilização de jargão técnico	27	Compreensão pelos erros dos outros	23
6	Respeito pelo outro	31	Linguagem direta	26	Reforço de atitudes na prevenção e tratamento de doenças	22
7	Capacidade para falar abertamente	31	Capacidade para falar abertamente	25	Culpa e vergonha	21
8	Capacidade para ouvir	29	Instruções claras	24	Compromisso na relação	19
9	Comportamento ativo	28	Orientação para a ação	20	Coragem	17
10	Compromisso na relação	27	Ação específica conducente a uma melhor saúde	16	Confiança	17

11	Afirmção sem a necessidade de prova	26	Uso da primeira pessoa <i>eu</i> no discurso	16	Compreensão pelo outro	12
12	Não agressividade	25	Reconhecimento dos seus direitos e dos direitos dos outros	16	Comportamento ativo	12
13	Agressividade e imposição (oposição)	24	Entoação	15	Ação específica conducente a uma melhor saúde	12
14	Certeza	22	Aceitação de críticas	13	Aceitação de críticas	12
15	Aceitação de críticas	22	Liderança	12	Técnica <i>teach-back</i>	11
16	Coragem	16	Silêncios do profissional	12	Saber dizer <i>não</i>	11
17	Atributos pessoais	15	Certeza	12	Liderança	11
18	Silêncios do profissional	15	Saber dizer <i>não</i>	11	Capacidade para ouvir	10
19	Confiança	15	Capacidade para ouvir	10	Não agressividade	10
20	Ação específica conducente a uma melhor saúde	14	Compreensão pelo outro	9	Atributos pessoais	10

Fonte: Elaboração própria.

Analisando os resultados da pergunta aberta com as sugestões efetuadas individualmente, escritas e anonimizadas – para haver maior liberdade no preenchimento sobre outras competências-chave para a relação terapêutica –, verificou-se, curiosamente na maioria das sugestões, uma similitude com a assertividade, clareza e positividade.

Evidencia-se a associação ao modelo ACP, através de expressões como: “clara, positiva, capaz de ouvir sem preconceitos”, “ser capaz de transmitir o que o outro quer ouvir”, “estar atento aos níveis de literacia e cultura do outro”. Este fato pode ser, eventualmente, um enviesamento por proximidade da informação, por terem estado a conversar sobre o modelo ACP previamente ao preenchimento da tabela (no final dos FG). Apesar disso, os profissionais apontam, como sendo a sua opinião, as competências mais decisivas, estando, entre elas, a assertividade, a clareza e a positividade. Lembramos que, para evitar enviesamentos nos FG, considerou-se como uma das perguntas iniciais no guião, antes da enunciação do agregado ACP, uma sobre quais as competências de comunicação que os participantes consideraram relevantes.

As descrições efetuadas pelos participantes, por vezes, integram-se em outras categorias, como a “empatia”, mas descrita como assertividade: “dirige a confiança e o respeito na relação”, ou a “aceitação” e o respeito”, que são componentes da assertividade. Por outro lado, optaram pela “linguagem simples, clara”, “adequação da

informação”, significado direto da *clareza* ou da *linguagem clara*. Finalmente, a *positividade* pode ser observada nas seguintes sugestões: “dedicação e sinceridade”, “postura acessível”, “sorriso” (quadro 30).

Quadro 30. Síntese de resultados da pergunta aberta sobre competências de comunicação

Competências do modelo ACP	Sugestões dos profissionais de saúde com enquadramento na A-C-P
Assertividade	Respeito Não julgamento Não culpabilização Negociação Segurança no discurso Congruência Disponibilidade Aceitação Aprendizagem de controlo automático sobre o outro Segurança Impedimento, por ambos, da interferência de valores pessoais, julgamentos, crenças na prestação de cuidados Capacidade de ouvir sem preconceitos
Clareza	Linguagem simples Adequação da informação Linguagem acessível Escuta ativa
Positividade	Dedicação e sinceridade Postura acessível Sorriso

Fonte: Elaboração própria.

Entre as características definidoras da *assertividade* (n=14), estão: é uma “competência-chave” com “congruência”, que implica “negociação” e o “respeito mútuo”, é “bidirecional”, inclui “segurança no discurso”, e o “não julgamento”, “não culpabilização”, “aceitar que o processo de saúde pertence ao outro”. Entre os contributos da assertividade, estão: “ouvir o outro”, “implicar a pessoa na sua saúde” e “na tomada de decisão”, “respeitar as suas decisões”, “capacidade de saber escutar”.

Os participantes salientam a *questão do tempo*, que é uma “barreira para a relação terapêutica”, e a “disponibilidade”, por “permitir que o utente verbalize as suas necessidades de cuidados”.

Das 16 referências à *empatia*, os profissionais de saúde caracterizam-na também com elementos definidores da *assertividade*. Há, assim, a referência escrita na tabela de composição das competências à “empatia controlada”, com expressões que podem ser

associadas, de imediato, à assertividade, como: “dirige a confiança e o respeito na relação”; “é fundamental para que o ‘outro’ [paciente] sinta que o enfermeiro está para o ajudar nas suas necessidades e problemas”.

Os participantes referem que a *empatia*: a) “é compreensão e aceitação pelos pensamentos e atitudes dos outros”; b) “serve para entender o outro e, por isso, há que conseguir colocar-se no seu lugar”; c) “visa captar o que o outro está a dizer, e dar sinais para que o outro perceção que está a ser entendido”; d) “gera compreensão empática”; e) “permite compreender melhor o outro e, portanto, intervir de forma mais individualizada”; f) “gera confiança e clareza e capacidade de entender, compreender as atitudes dos outros”.

No âmbito da *competência técnica*, há quem destaque a necessidade de “identificação clara da queixa principal (sintomas) e preocupações prioritárias”, que “permite ao utente sentir e observar que é compreendido, e conseguir uma melhor adesão e confiança no profissional e em si próprio”.

A *escuta ativa* (n=7), também designada como “escuta ativa e reflexiva” (n=2), corresponde a que “se não escutarmos o que o utente tem para nos dizer, ele também não nos vai ouvir”. Aqui, o profissional é “envolvente”, de forma a manter o “espírito” e “pronto para a leitura do outro”; “está disponível verdadeiramente para o outro permitindo construir a relação de confiança, que facilitar o processo de comportamento e adesão ao tratamento”. Foi, ainda, referido o “saber ouvir” (n=5), associado à “compreensão” e ao “saber compreender”, o “ouvir o outro, as suas preocupações, os seus objetivos e expetativas”.

Sobre a *clareza* (n=5), caracterizam-na por “transmitir a informação necessária” e “mais clara ao doente”, a “adequação ao interlocutor” ou “adequar a informação que é dada à fase do processo terapêutico” ou “utilizar um tipo de linguagem de acordo com o doente que se encontra à nossa frente”.

Sobre a *positividade* (n=6), referem que é “reforçar positivamente o que o utente está a executar bem”, “escutar e olhar o outro sem julgar”, “não criar barreiras ao estabelecimento da relação”, que consiste num “olhar incondicionalmente positivo para o outro” e, finalmente, “o sorriso”, que “cativa e promove a abertura perante o silêncio e afetividade” (apêndice 9).

5.4.2. Análise de componentes principais e de *clusters*

A avaliação à dimensionalidade do conjunto de indicadores (39 perguntas correspondentes ao modelo ACP) foi verificada através de uma análise de componentes principais, tendo sido identificadas sete dimensões/componentes, com uma significância de ,000, confirmando, assim, o modelo. Enquanto que a assertividade (KMO=0,932) e a positividade (KMO=0,934) alcançaram uma adequabilidade *muito boa*, a clareza registou um *bom* (KMO=0,899). As competências de comunicação, de acordo com a revisão de literatura, foram *medidas* em três dimensões – assertividade, clareza de linguagem e positividade –, através de cada um dos seus 13 indicadores.

5.4.1.1. Competência assertividade

Na competência assertividade, todos os valores dos 13 indicadores estão relacionados com uma avaliação de *bom* (tabela 13). Apesar deste registo, as médias mais elevadas associam-se à *informação do paciente de uma forma respeitosa* (4,2), *a saber conversar – de forma atenta, encorajando o paciente a colocar questões e a exprimir preocupações – e a ouvir o paciente* (4,1). Por sua vez, as médias mais baixas relacionam-se com o *sentimento de confiança para lidar com o paciente* (3,7) e a *geração de sentimentos e emoções do paciente para obter uma resposta mais eficiente, a ajuda ao paciente para enfrentar problemas emocionais e o reconhecimento e antecipação de situações de conflito* (3,9).

Tabela 13. Indicadores de assertividade

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
9.1 Saber conversar (iniciar, manter, conduzir uma conversa)	389	3	5	4,1	,49
9.2 Informar o/a paciente sempre de forma respeitosa	389	3	5	4,2	,46
9.3 Informar o/a paciente sempre de forma atenta	389	3	5	4,1	,49
9.4. Encorajar o/a paciente a colocar questões	389	2	5	4,1	,55
9.5. Ajudar o/a paciente a exprimir as suas preocupações	389	2	5	4,1	,52
9.6. Gerar sentimentos e emoções com vista a uma resposta eficiente	389	2	5	3,9	,56
9.7. Ajudar o/a paciente a enfrentar os problemas emocionais relacionados com o seu estado	389	2	5	3,9	,55
9.8. Confirmar que o/a paciente compreende	389	2	5	4,0	,52
9.9. Fazer o/a paciente sentir que tem tempo para ele/a durante a interação	389	2	5	4,0	,61
9.10. Dar apoio ao/à paciente (ex.: conversa de <i>cuidado</i> em vez de conversa de <i>cura</i>)	389	2	5	4,0	,55
9. 11. Saber ouvir o/a paciente	389	3	5	4,1	,58
9.12. Reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade com o/a paciente	389	2	5	3,9	,57
9.13. Sentir-se sempre confiante para lidar com o/a paciente	389	1	5	3,7	,69

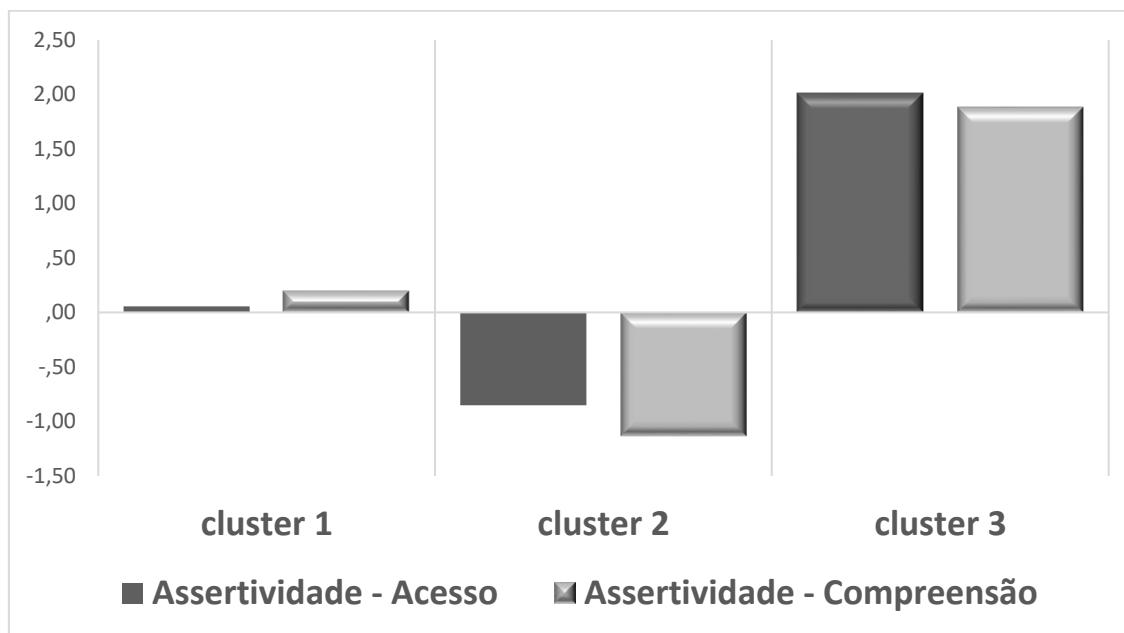
Escala: 1= Péssimo; 5=Excelente

Fonte: Elaboração própria.

Com o objetivo de verificar a dimensionalidade dos treze indicadores, procedeu-se a uma análise de componentes principais, que revelou, com base nas correlações mais elevadas, a existência de duas dimensões/componentes, que se designou por *assertividade – acesso* (9.2, 9.3, 9.11, 9.8, 9.4, 9.10, 9.9) e *assertividade – compreensão* (9.7, 9.6, 9.12, 9.13, 9.5, 9.1) – apêndice 8.

Uma análise de *clusters* – através do método hierárquico, critério de aglomeração de Ward – com as duas dimensões da assertividade (*acesso* e *compreensão*), permitiu identificar a existência de três *clusters* com a seguinte configuração – gráfico 6.

Gráfico 6. Clusters da assertividade – médias dos valores estandardizados



Fonte: Elaboração própria.

Como se observa, o *cluster 1* (63%) apresenta valores médios – uma *assertividade moderada* – nas duas dimensões/componentes, na *assertividade-acesso* e na *assertividade-compreensão*. O *cluster 2* (27,2%) regista valores inferiores à média nas duas dimensões – uma *assertividade baixa* –, e o *cluster 3* (9,8%) revela valores superiores à média nas duas dimensões – *assertividade elevada*. Cruzando os três *clusters* com o género e a profissão, obtém-se os resultados registados na tabela 14.

O *cluster 1* apresenta uma maioria de médicos (72,9%) e, no género, sobressai o masculino (74,7%), enquanto que, no *cluster 2*, o género feminino (29,7%) e a categoria de enfermagem (27,9%) têm um peso maior. No *cluster 3*, continua a haver prevalência do género feminino (10,3%), com 10,6% de enfermeiros *versus* 4,2% de médicos (tabela 14).

Tabela 14. Clusters assertividade por género e profissão (percentagem)

		cluster 1	cluster 2	cluster 3	Total
Género	Masculino	74,7	17,7	7,6	100,0
	Feminino	60,0	29,7	10,3	100,0
	Total	63,0	27,2	9,8	100,0
Profissão	Enfermeiro/a	61,6	27,9	10,6	100,0
	Médico/ a	72,9	22,9	4,2	100,0
	Total	63,0	27,2	9,8	100,0

Fonte: Elaboração própria.

5.4.1.2. Competência clareza

Também na clareza, todos os valores dos 13 indicadores relacionam-se com uma avaliação de *bom* (tabela 15). Na competência clareza, as médias mais elevadas associam-se ao *estabelecimento de contato visual* (4,3) e *da relação com o paciente através de linguagem simples* (4,2) e à *explicação detalhada das soluções terapêuticas* (4,2), enquanto que as mais baixas se relacionam com a *demonstração de como se faz (gráficos, imagens)* (3,6), *o uso de frases curtas* (3,7) ou *a escrita de instruções* (3,8) – Tabela 15.

Tabela 15. Indicadores de clareza

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
10.1. Estabelecer a relação com o/a paciente através de linguagem simples	389	2	5	4,2	,50
10.2. Estabelecer contato visual com o/a paciente	389	2	5	4,3	,58
10.3. Perceber as informações que são dadas pelo/a paciente, para prestar alívio rápido	389	2	5	4,1	,47
10.4. Ajudar o/a paciente com linguagem simples a encontrar informação para lidar com	389	2	5	4,0	,49
10.5. Conhecer o que fez e disse ao/à paciente em consultas anteriores	389	2	5	3,9	,54
10.6. Preparar o/a paciente sobre o que esperar dos cuidados de saúde	389	2	5	4,0	,50
10.7. Informar o/a paciente sobre o que quer saber, os seus sintomas e estado de saúde	389	2	5	4,1	,55
10.8. Explicar detalhadamente os medicamentos, tratamentos e exames	389	2	5	4,2	,65
10.9. Confirmar que o/a paciente compreende tudo para a sua própria segurança	389	2	5	4,0	,55

10.10. Usar frases curtas	389	1	5	3,7	,69
10.11. Demonstrar ao/à paciente como se faz (com gráficos, imagens, desenhos ou esquemas)	389	1	5	3,6	,75
10.12. Escrever as instruções para facilitar a memória do/a paciente	389	1	5	3,8	,75
10.13. Debater os próximos passos e planos de seguimento com o/a paciente	389	1	5	3,9	,62

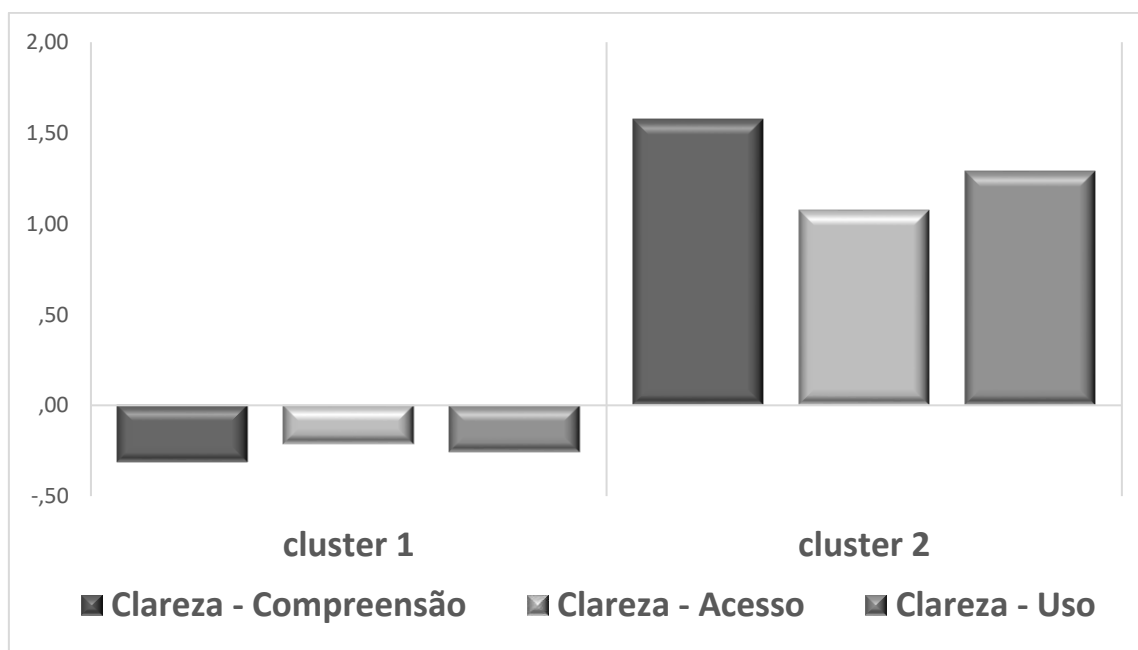
Escala: 1= Péssimo; 5=Excelente

Fonte: Elaboração própria.

Com o objetivo de verificar a dimensionalidade dos treze indicadores, procedeu-se a uma análise de componentes principais que revelou a existência de três dimensões/componentes, que se designou por *clareza – compreensão* (10.7, 10.8, 10.6, 10.5), *clareza – acesso* (10.1, 10.4, 10.2, 10.3) e *clareza – uso* (10.12, 10.11, 10.10, 10.13, 10.9) –apêndice 8.

Uma análise de *clusters*, com as três dimensões/componentes, permitiu identificar a existência de dois *clusters* (um com valores abaixo da média – 1 – e o outro com valores acima da média – 2) – gráfico 7.

Gráfico 7. Clusters da dimensão clareza – médias dos valores estandardizados



Fonte: Elaboração própria.

Como se observa, o *cluster 1* (83,3%) apresenta valores inferiores à média – clareza baixa – nas três dimensões/componentes *clareza – compreensão, clareza – acesso e clareza – uso*. Ao invés, o *cluster 2* (16,7%) apresenta valores superiores – clareza alta – à média nas três componentes/dimensões. Cruzando os dois *clusters* com o género e a profissão, obtém-se os resultados listados na tabela 16. O *cluster 1*, com uma clareza baixa, apresenta uma maioria de enfermeiros (84,2%) face a 77,1% de médicos, prevalecendo o género feminino (84,8%). No *cluster 2*, com clareza alta, o peso maior provém dos médicos (22,9%) e, no género, destaca-se o masculino (22,8%).

Tabela 16. *Clusters clareza por género e profissão (percentagem)*

		<i>cluster 1</i>	<i>cluster 2</i>	Total
Género	Masculino	77,2	22,8	100,0
	Feminino	84,8	15,2	100,0
	Total	83,3	16,7	100,0
Profissão	Enfermeiro/a	84,2	15,8	100,0
	Médico/ a	77,1	22,9	100,0
	Total	83,3	16,7	100,0

Fonte: Elaboração própria.

5.4.1.3. Competência positividade

Também na positividade, todos os valores dos 13 indicadores associam-se a uma avaliação de *bom* (tabela 17). As médias mais elevadas registam-se no *cumprimento do paciente e atendimento à linguagem não verbal* (4,3), na *adoção da cortesia e carinho* (4,2) e no *contributo para tornar positiva e construtiva a relação* (4,1), enquanto que as mais baixas ligam-se ao *não uso de palavras negativas* (3,7), no *uso da voz ativa* (3,7) ou em *deixar o paciente falar sem interrupções* (3,8) – tabela 17.

Tabela 17. Indicadores de positividade

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
11.1. Cumprimentar o/a paciente e atender à sua e dele/a linguagem não verbal	389	3	5	4,3	,56
11.2. Deixar o/a paciente falar sem interrupções	389	2	5	3,8	,64
11.3. Ajudar o/a paciente a enfrentar os problemas emocionais relacionados com a saúde	389	1	5	3,9	,53
11.4. Contribuir para tornar positiva e construtiva a relação com o/a paciente	389	3	5	4,1	,46
11.5. Evitar o uso de palavras e frases negativas	389	2	5	3,7	,69
11.6. Usar a voz ativa (sujeito-predicado-complemento direto)	389	2	5	3,7	,66
11.7. Adotar a cortesia e dar carinho quando lida com o/a paciente	389	3	5	4,2	,56
11.8. Envolver o/a paciente na tomada de decisão	389	2	5	3,9	,66
11.9. Explicar situações de uma forma positiva ao/à paciente para desempenhar as suas tarefas diárias	389	3	5	4,0	,57
11.10. Ajudar o/a paciente a criar expectativas positivas	389	1	5	4,0	,55
11.11. Incentivar o/a paciente a colocar questões	389	1	5	4,0	,65
11.12. Incentivar o/a paciente a tomar decisões	389	3	5	3,8	,65
11.13. Mostrar ao/à paciente o comportamento positivo que tem de ter	389	2	5	3,8	,67

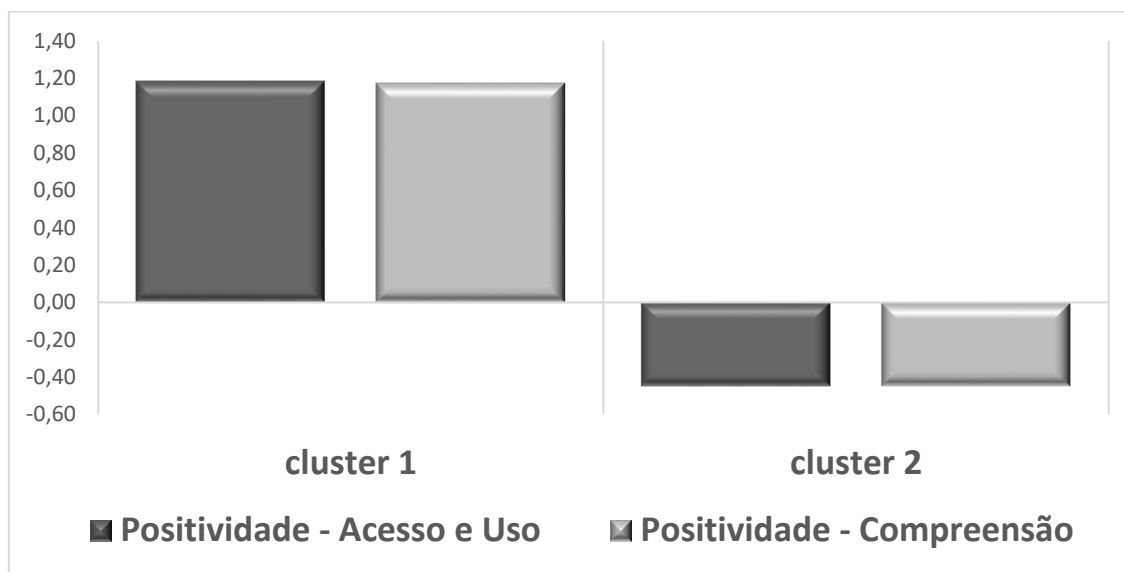
Escala: 1= Péssimo; 5=Excelente

Fonte: Elaboração própria.

A análise de componentes principais expôs, com base nas correlações mais elevadas com as componentes, a existência de duas dimensões: a *positividade – acesso e uso* (11.12, 11.11, 11.8, 11.9, 11.10, 11.13, 11.6) e *positividade – compreensão* (11.1, 11.4, 11.7, 11.2, 11.5, 11.3) – apêndice 8.

O *cluster 1* (27,5%) apresenta valores superiores à média – positividade alta – nas duas dimensões/componentes *positividade – acesso e uso* e *positividade – compreensão*. Por sua vez, o *cluster 2* (72,5%) apresenta valores inferiores à média – positividade baixa – nas duas dimensões/componentes – gráfico 8.

Gráfico 8. *Clusters* da positividade – médias dos valores estandardizados



Fonte. Elaboração própria.

Cruzando os dois *clusters* com o género e a profissão, nota-se que o *cluster 1*, com positividade alta, apresenta um maior equilíbrio entre enfermeiros (27,6%) e médicos (27,1%), assim como a nível do género: feminino (27,7%), e masculino (26,6%). No *cluster 2*, com positividade baixa, o peso maior provém dos médicos (72,9%), um pouco superior aos enfermeiros (72,4%), assim como o género masculino (73,4%) é ligeiramente superior ao feminino (72,3%).

Tabela 18. Clusters positividade por género e profissão (percentagem)

		cluster 1	cluster 2	Total
Género	Masculino	26,6	73,4	100,0
	Feminino	27,7	72,3	100,0
	Total	27,5	72,5	100,0
Profissão	Enfermeiro/a	27,6	72,4	100,0
	Médico/ a	27,1	72,9	100,0
	Total	27,5	72,5	100,0

Fonte: Elaboração própria.

5.5. Resumo dos principais resultados

Os principais resultados, obtidos através do método misto utilizado, podem ser sintetizados:

- 1) o modelo ACP é importante, útil e teve a aprovação de todos os 88 envolvidos nos FG;
- 2) as competências ACP foram consideradas na generalidade *bem* desempenhadas pelos profissionais de saúde inquiridos (*bom*);
- 3) a comunicação é essencial na relação terapêutica;
- 4) a construção da relação terapêutica é primordial nos resultados em saúde;
- 5) é preciso maior educação dos pacientes e dos cidadãos em geral;
- 6) os profissionais de saúde “esforçam-se” para conseguir comunicar com os pacientes;
- 7) os profissionais de saúde têm a perceção que são *bons* a comunicar, em particular os médicos (resultados do Q-COM-LIT);
- 8) todos os profissionais de saúde e especialistas em comunicação em saúde e em literacia em saúde entrevistados asseguram que os profissionais de saúde precisam de desenvolver as suas competências de comunicação, a nível graduado e pós-graduado;
- 9) a confiança foi considerada o elemento-chave da relação terapêutica, entre as partes envolvidas, profissional e paciente;
- 10) os médicos têm a perceção que os pacientes diferenciados e com maior nível educacional têm, também, uma baixa literacia em saúde no domínio da compreensão das instruções em saúde;
- 11) os *media* têm um papel importante e pedagógico, mas há que ter cuidado com os conteúdos;
- 12) os pacientes são *bombardeados* com informação e, por isso, também têm dificuldades em avaliar o que está certo (literacia interativa e crítica);
- 13) as *celebridades* podem ser um risco para a segurança dos pacientes, que, muitas vezes, confiam na sua opinião e fazem automedicação aconselhada por aquelas fontes, embora o profissional de saúde continue a ser a fonte credível;

14) o humor por ser usado na relação terapêutica, mas em doses certas e com cuidado, tendo em conta o perfil do paciente;

15) a compreensão é a dimensão da literacia em saúde mais importante para se conseguir a adesão terapêutica;

16) a relação terapêutica tem uma componente social forte que permite a maior proximidade com o paciente (questões não médicas);

17) o tempo é um fator crucial que preocupa os profissionais de saúde, especialmente os médicos;

18) mesmo em relações pontuais, como são as que pressupõem as estabelecidas em meio hospitalar, existe uma efetiva continuidade da relação;

19) todos os profissionais de saúde participantes nos FG e os entrevistados asseguram que há relações de continuidade com o paciente (exceto urgências);

20) a MGF tem uma grande importância na referência hospitalar, pois os profissionais apercebem-se quando um paciente vem *bem preparado* dos cuidados de saúde primários;

21) há um número não desprezível de enfermeiros que refere algumas críticas à *hegemonia* dos médicos sobre eles na relação interpessoal;

22) os médicos assinalam essa *hegemonia* sobre os pacientes de forma pontual e autocriticam-se quanto às reais competências de comunicação (alguns têm consciência que comunicam mal).

CAPÍTULO 6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo, discutir-se-á os principais resultados, procurando interpretá-los e relacioná-los com a teoria e a revisão da literatura que sustentam esta investigação.

6.1. A importância que os profissionais de saúde atribuem às suas competências de comunicação

Os resultados obtidos nos FG, no Q-COM-LIT e nas entrevistas confirmam a importância que os profissionais de saúde atribuem às suas competências de comunicação, que utilizam ou devem utilizar especificamente na relação interpessoal de saúde. Com o uso destas competências, nota-se, conforme a literatura aponta, que visam obter, por um lado, a compreensão e o uso correto, pelos seus pacientes, das instruções em saúde e, por outro, melhores resultados em saúde a nível individual e da sociedade em geral (Cegala, 2003, p. 92; Champlin e outros, 2016; Epstein e outros, 2005; Kreps, 1988; Lambert & Loiselle, 2007; Pedro e outros, 2016; Sørensen e outros, 2012; Williams e outros, 2002).

6.1.1. A relação terapêutica: a relação que exige competências de comunicação em saúde

A relação terapêutica exige o uso de comunicação, tanto verbal como não verbal, trocada entre o profissional de saúde e o paciente. Esta comunicação, sendo interpessoal e, sob a teoria relacional, contribui para estruturar, construir e desenvolver relações de confiança, mutuamente benéficas, tendencialmente simétricas e gratificantes.

A relação terapêutica também ocorre num determinado espaço e tempo (Ong e outros, 1995, p. 903), sendo este último um dos tópicos constantes entre as preocupações dos profissionais durante os FG, pelo efeito negativo que a sua falta produz na relação e no paciente. Perante as limitações do paciente, o contexto, o tempo escasso, os profissionais de saúde reconhecem, assim como autores expressam na literatura, a importância do uso da comunicação em saúde e das competências de

comunicação em saúde para conseguirem atingir os seus propósitos. Reconhecem, ainda, que é através da relação terapêutica de confiança, que se produz a díade, que vai além dos dois interlocutores formando, através da interação, uma nova unidade focalizada neste relacionamento. Nesta lógica, Ferguson (2018) enuncia o relacionamento como “ficção útil para nos ajudar a entender o nosso mundo” (p. 11). A consulta é enunciada, pelos participantes neste estudo, como um processo de influência interpessoal, em que cada profissional de saúde tem de identificar as resistências manifestadas pelo seu paciente, saber construir mensagens efetivas e dar seguimento a esse esforço, corroborando os princípios de persuasão de O’Keefe e Medway (1997).

Neste contexto específico, o paciente vem à procura de respostas e os profissionais de saúde procuram satisfazer as suas necessidades, de cuidado e de cura (Greenhalgh & Heath, 2010), tendo sido verificado que mais de 70% dos inquiridos (Q-COM-LIT) respondem que são bons na *conversa de cuidado*, envolvendo esta, também, a conversa social.

No entanto, conforme referido pelos participantes neste estudo, os profissionais de saúde confrontam-se, diariamente, com um conjunto vasto de desafios, entre os quais, os pacientes com dificuldade em aceder, compreender e usar a informação em saúde e os serviços de saúde, revelando uma baixa literacia em saúde (Espanha e outros, 2016; Pedro e outros, 2016). A relação terapêutica exige do profissional que este se aperceba da essência da consulta, isto é, da verdadeira razão que motivou o paciente (Egener & Cole-Kelly, 2004). É nesta descoberta que todos os participantes nesta investigação reconhecem a importância do uso das suas competências de comunicação para conseguirem os melhores resultados em saúde, tanto para o seu paciente, como para o próprio sistema de saúde. Responsabilizando-se por estes resultados, os profissionais, nesta investigação, valorizam a relação interpessoal profissional-paciente, na perspetiva também do que defendem Pendleton e outros (2003), Pina (2003) e Unger (2004).

A confiança é um dos componentes críticos de uma relação – neste caso, da terapêutica – de sucesso, pois conduz a relações interpessoais equilibradas (Bruning & Ledingham, 1998; Ferguson, 1984; Hon & Grunig, 1999). É argumentado que é a falta de confiança e a não compreensão das instruções que fundamentam a não adesão, tal

como defendido por Keller, Sarkar e Schillinger (2014, p. 32). Neste contexto, Nunes (2007) propõe a consulta como um encontro entre uma confiança e uma consciência: o paciente deve confiar que o médico o entende, o aceita como é, o ajuda a encontrar a solução preferível para o seu problema e o coloca no centro dessa solução; o médico deve ser consciente das suas emoções, efeitos dos atos de linguagem e do seu poder (pp. 91-92).

Os participantes realçam as regras que devem existir, à partida, numa relação terapêutica e que envolvem uma coordenação da relação pelo profissional de saúde e a participação ativa do paciente (ou até onde pode ir), pois têm consciência que os pacientes prezam, muitas vezes, mais a relação do que propriamente a competência técnica. Reforçam que, apesar de o paciente poder não conseguir avaliar as competências técnicas dos profissionais, consegue avaliar a relação, tendo esta avaliação influência nos seus níveis de satisfação, como advertem Ferreira e outros (2017).

Embora os profissionais participantes considerem que a decisão centrada no paciente seja a situação ideal e um elemento-chave para melhorar a qualidade do atendimento, que envolve a relação, a participação e o processo de tratamento (Maatouk-Burmann e outros, 2016; Zandebelt, 2007), nem sempre isto acontece. Quando existe uma delegação do paciente no profissional, os participantes apontam como razões válidas: a baixa literacia em saúde do paciente (sem poder de decidir); a perícia do profissional que decide assumir a responsabilidade (tomada de decisão individual), porque verifica que o paciente lhe reconhece autoridade e eficácia (O’Keefe & Medway, 1997), e a confiança da fonte credível que o profissional representa (acordo entre os dois).

A baixa literacia em saúde dos pacientes, associada à existência de algumas limitações cognitivas (Weimann, 1977) pode conduzir a algum excesso de confiança do profissional nessa delegação (Ha e outros, 2010). Mas assumiu-se, neste estudo que, no processo de delegação da decisão no profissional, as partes (por isso tanto o profissional como o paciente), concordam sobre quem tem o direito/poder de influenciar o outro. Hon e Grunig (1999, p. 3) referem-se a esta *concordância*, no âmbito da abordagem dos públicos, como “controlo da mutualidade” (p. 3). Os profissionais sabem que as “lentes

do paciente são diferentes das do profissional” (Street, 2009, p. 297), pelo que é importante encontrar um terreno comum (p. 298) que faça gerar o acordo e a melhor decisão.

Os profissionais de saúde desta investigação mostram, através de expressões verbais e não verbais, que gostam dos seus pacientes, como no estudo de Hall, Horgan, Stein e Roter (2002), assim como os seus pacientes preferem-nos como fonte de credibilidade, o que se alinha com a evidência apresentada por Espanha e outros (2016, p. 14). Para os profissionais de saúde entrevistados, a satisfação relacional é um dos mais significativos elementos do sucesso interpessoal das relações. Estes resultados confirmam a aplicabilidade dos princípios da teoria relacional das relações públicas de Ledingham (2003) ao contexto da relação terapêutica e da comunicação em saúde.

6.1.2. A comunicação como uma necessidade

A investigação revela a unanimidade dos profissionais de saúde na defesa da comunicação como “um pilar” central da relação terapêutica, um processo humano verbal e não verbal, que vai além da informação, das palavras faladas e escritas, das declarações, entendimento também exposto por Nørgaard (2011, p. 1). No domínio interpessoal, os participantes revelam que sem comunicação não existe relação, pelo que é evidente que o paciente é também o ponto fulcral da saúde, a razão de ser da relação terapêutica, pois sem paciente não existe nem comunicação, nem relação (a díade) nem efeitos em saúde.

A comunicação em saúde também é vista pelos participantes como uma necessidade, a “necessidade da hora” conforme expõe Ratzan (1994, p. 1) ou, como refere Nørgaard (2011), “uma précondição para o cuidado e tratamentos ótimos” (p. 3). A comunicação, ela própria, está omnipresente e rentabiliza o tempo escasso.

Os resultados mostram que, funcionalmente, os profissionais se preocupam com o processo comunicativo, nomeadamente: com eles próprios no processo comunicativo (*quem?*); com a mensagem em saúde veiculada (*diz o quê?*); com a interação presencial (*através de que canal?*); com o paciente (*a quem?*), assim como o acesso, compreensão e uso da mensagem sobre saúde (*com que efeito?*), cobrindo as questões-chave do

modelo de comunicação apresentado por Lasswell (1948, p. 216). Tendo em conta a natureza da comunicação, os participantes na investigação reconhecem que o processo, que envolve a mensagem emitida pelo emissor-codificador (profissional de saúde) e recebida pelo recetor-descodificador (o paciente), não está sempre “perfeitamente simétrico”, indo ao encontro da falta de hegemonia/simetria que enuncia Hall (1980). Esta falta de simetria pode levar a “distorções” (Hall, 1980). Estas podem ocorrer por exemplo: quando o paciente não acredita no que o enfermeiro afirma e põe em causa a sua decisão; quando o paciente não consegue ou não quer decidir; quando não compreende a mensagem transmitida pelo profissional, mas tem vergonha ou embaraço de perguntar; em situações oposicionais, em que o paciente discorda completamente e inverte a direção pretendida da mensagem; e quando existem mal-entendidos e ocorre aquilo que Hall (1980) designa por “falta de equivalência” (p. 54).

Estes profissionais destacam que a comunicação, que envolve o profissional e o paciente, pressupõe a primazia do recetor na determinação do significado – em linha com o modelo teórico de Hall (1980) – e surte resultados quando existe compreensão por parte do paciente que vem em busca de uma solução para o seu problema/questão, pelo que se torna uma competência central dos profissionais (Williams e outros, 2002).

Sucedem, porém, um grande número de situações, relatadas por estudos e inquéritos de satisfação aos pacientes (Ferreira e outros, 2017) em que a informação veiculada pelo profissional não é compreendida pelos pacientes, sobretudo por aqueles que, à partida, estão em desvantagem e que são os pacientes com baixa literacia em saúde (Hironaka & Paasche-Orlow, 2008). Além deste grupo de pacientes com BLS (que em Portugal chega aos 50% da população nos cuidados de saúde e sobe para 60% na promoção da saúde), existem outros que, apesar de mais educados ou literados ou com rendimentos mais altos, não compreendem a mensagem e fazem confusão com as instruções de saúde. Estes, supostamente com maior LS, não estão claramente descritos na literatura e esta revelação parece ser uma novidade entre os resultados desta investigação.

Porém, este problema da falta de compreensão deve ser considerado aquando das eventuais perceções erróneas dos profissionais de saúde: os médicos, sobretudo do género feminino, referem em tom irónico de autocrítica (observado pelo tom de voz e

pelos sorrisos) que superestimam, por vezes, a sua comunicação com os doentes, assumindo, muitas vezes, que comunicam bem, quando não o fazem. Tal sobrevalorização é exposta, por exemplo, por Bass e outros (2002), Doyle e outros (2012), Keller e outros (2014), Powell e Kripalani (2005). Trata-se de falhas de comunicação (Johnson, 2014, p. 43; Keller e outros, 2014, p. 23; Makaryus & Friedman, 2005), associadas aos maus resultados de saúde, a taxas de readmissão hospitalar e a um aumento dos custos para o sistema de saúde, conforme adverte Dickens e outros (2013).

Porém, apesar desta eventual *superestimação*, estão integralmente convictos que o objetivo da *boa comunicação* é construir relações com significado entre os indivíduos que procuram cuidados e aqueles que os providenciam (Kreps, 1988, p. 344).

Os participantes defendem a importância da comunicação e da educação dos pacientes (Kickbusch, 2001). Esta defesa confirma a substância das linhas orientadoras do Institute of Medicine (2001) sobre as dimensões da qualidade centrada no paciente, nas quais se destaca a comunicação, a informação e a educação como promotoras dos resultados de saúde (Mitchell & Lang, 2004).

6.1.3. As competências de comunicação dos profissionais: urgente aprender e treinar

Os médicos e enfermeiros participantes na investigação atribuem grande importância às competências de comunicação, associando-a aos conhecimentos que devem ter (saber), ao desenvolvimento das suas capacidades (fazer) e aos atributos pessoais que ostentam (ser) na relação em saúde com o seu paciente. Esta visão tripartida sintoniza-se com a perspetiva de competência como *constructo* perfilhada pela OCDE (2005) e por Tench e Konczos (2013).

A investigação académica evidenciou que é necessária, por parte dos profissionais de saúde, competência comunicativa, com uso de técnicas de comunicação (Hironaka & Paasche-Orlow, 2008), de linguagem verbal e comportamento não linguístico (Wiemann & Backlund, 1980, p. 186). Existe uma sensibilidade, quase intuitiva por parte dos participantes, de que as competências de comunicação em saúde vão além da mera informação (Aspegren & Lønberg-Madsen, 2005), porque se a

informação em saúde contribui para exprimir a perícia médica, a comunicação é a forma como esta perícia é transferida e trocada pelo paciente (Nørgaard, 2011, p. 1) e na qual a compreensão é uma dimensão essencial a assegurar (Sørensen e outros, 2012). Também, segundo Nunes (2007), se se considerar a metáfora de Balint do médico como fármaco, as qualidades do entrevistador clínico competente são as propriedades farmacológicas que determinam o seu poder terapêutico (p. 47).

Os resultados revelam que a função das competências de comunicação, verbais e não verbais, assenta em contribuir para melhores resultados na relação interpessoal em saúde, promovendo nos pacientes a compreensão das instruções em saúde, aumentando o seu conhecimento, a motivação para a ação, a autoeficácia que conduz aos desempenhos saudáveis. Na perspetiva dos profissionais, há múltiplas vantagens, associadas ao conhecimento e capacidade de gerir melhor a relação, tomar decisões e fomentar a satisfação do paciente, comprovando, assim, que as competências de comunicação promovem a natureza recíproca das interações e dos objetivos (Argyle, 1994).

Numa perspetiva ontológica e a propósito da motivação e da autoeficácia, os grupos de discussão associaram esta orientação para um determinado objetivo (motivação) à confiança para prosseguir a ação, mas implicando, primeiro, a compreensão da instrução. Nota-se, assim, que os dados obtidos no inquérito e nos FG estão em conformidade com o que dizem Ammentorp, Mainz e Sabroe (2005), Bandura (1983, 1993) e Nørgaard (2011).

Os participantes concordam que existe um ciclo gracioso entre a motivação do paciente e a confiança que sente para executar a ação, significando que, quanto mais se sente motivado para a ação, mais confiante e eficaz se torna e vice-versa. Para que exista esta motivação (motivos que levam a agir), o profissional de saúde usa as suas competências comunicativas para fazer o paciente compreender e esboçar a intenção de comportamento. Assim, o paciente adota uma atitude (demonstração de intenção) e um comportamento (procedimento), que combina com um desempenho adequado (cumprimento das indicações de saúde). Neste sentido, o profissional de saúde, ao baixar as barreiras e os constrangimentos do paciente, permitindo que este desenvolva uma intenção de comportamento (Fishbein & Ajzen, 1975) e caminhe para a resolução

do seu problema, está a colaborar para lhe aumentar não só a motivação (Smith, 2012; Wonca, 2002) como a sua autoeficácia (Bandura, 1993, p. 2; 1994).

Há concordância sobre a necessidade da aprendizagem anterior das competências comunicativas, podendo estas ser usadas como um guião prévio na consulta (Hulsman, 2009). Apesar de concordarem que existem indivíduos que têm competências inatas, na saúde, pela sua complexidade e por envolverem o tratamento de vidas humanas, as competências comunicativas devem ser aprendidas e trabalhadas, o que é fundamentado por vários autores (e.g. Silverman e outros, 2013; Wyer & Shrum, 2014). Como salienta um especialista de comunicação em saúde entrevistado neste estudo: “porque o tempo é o bem mais escasso, é que os tempos precisam de muita formação em comunicação”. O que sucede, como confirmado em todos os FG, é que a maioria dos profissionais de saúde, sobretudo os médicos, recebem pouco ou nenhum treino nesta área, conforme também referem Frankel e Stein (1999, p. 80).

Os entrevistados enfatizam a carência de uma “agenda da comunicação” nas áreas da educação em saúde e explicam que, se os profissionais não aprenderam, também é porque os seus professores nunca foram sensibilizados para este tema. Salienta-se, aqui, um problema geracional, apesar do esforço de alguns para a sua resolução (e.g. Espanha e outros, 2016; Ramos, 2009).

Os profissionais estão conscientes que os pacientes fazem mais perguntas não médicas (Burgoon e outros, 1995) e o tipo de comportamento das perguntas tem mudado significativamente, registando-se a diminuição das questões médicas face ao aumento das questões práticas e sociais, sobretudo pelos pacientes com menor educação.

Fazendo um exercício de aplicação da abordagem dos públicos (Kim & Grunig, 2011) ao contexto terapêutico, nota-se que é também a atitude proativa do profissional, que permite, de uma forma mais eficaz, ativar o paciente com baixo nível de conhecimento e baixo envolvimento, promovendo a aquisição, seleção e transmissão de informação, lidando com as suas crenças, envolvendo-o no processo e facultando-lhe mais conhecimento. Neste âmbito, o Q-COM-LIT mostra que, no domínio do conhecimento, cerca de 70% dos profissionais inquiridos encorajam o paciente a colocar questões e informa-o sempre de forma atenta. Quanto ao aumento do seu

envolvimento e motivação, mais de 73% dos profissionais ajudam o paciente a enfrentar os problemas emocionais, contribui para tornar positiva e construtiva a relação e explica situações de uma forma positiva. Para esclarecer e superar as crenças negativas, quase 80% dos profissionais ajuda o paciente a exprimir as suas preocupações.

Sobre o processo de codificação-descodificação (Hall, 1980; Schramm, 1955), foram ouvidas várias expressões, como “é preciso descodificar a mensagem”, “transmitir a mensagem adequada à pessoa”, “de forma acessível e descodificada”, “para que a pessoa aprenda, compreenda e perceba a mensagem”. Os participantes concordaram, assim, que a relação terapêutica inclui uma “componente social”, “com fins terapêuticos”, como cumprimentar o paciente, as conversas não médicas, a simpatia, a reciprocidade, componente também identificada por Burgoon e outros (1995).

Para além da componente social, há a biológica (Burgoon e outros, 1995, Burgoon, Guerrero & Kory, 2016), manifestada, sobretudo, através da comunicação não verbal, podendo ser aproveitada pelos profissionais como “educadores”, para melhorar a compreensão e o uso da informação (Burgoon e outros, 1995, 2016).

Entre as competências não verbais e quanto à sua natureza, sobretudo entre o género feminino, encontramos: cumprimentar o paciente, fazer contato ocular, dar reforço positivo, ter sensibilidade, sorrir, mimetizar o outro, ser congruente e simpático/a. A “simpatia” foi vista como “simpatia natural com fins terapêuticos”, distinta da “empatia” e da “simpatia social”. Knapp e Hall (2010) referem-se a uma simpatia sem palavras, associada à CNV, numa orientação interpessoal da postura corporal do profissional de saúde. Adiciona-se, ainda, a “postura acessível e de escuta ativa”, que implica a “aplicação de conhecimentos e de técnicas que promovem a relação e a humanização dos cuidados (a emoção, olhar e toque)”, indo ao encontro da análise proxémica apresentada por Littlejohn (1982) para os “códigos visuais, térmicos, olfativos, de volume de voz e da paralinguagem” (p. 11).

Mauksch e outros (2008) enunciam que “a saudação calorosa, um contato visual, uma breve interação não médica (social) ou a verificação de um evento importante da vida pode ocorrer em menos de um minuto” (p. 1389). No Q-COM-LIT, *cumprimentar o/a paciente e atender à sua e dele/a linguagem não verbal* (pergunta 11.1) foi

considerada uma capacidade executada de forma *excelente* por 56,25% dos médicos/as e *boa* por 61,6% dos enfermeiros/as.

Se cumprimentar o paciente faz parte de um processo já bem compreendido pelos profissionais de saúde (Finset & Mjaaland, 2009; Pendleton, 1984) – destacado também entre os FG –, saber ouvir e deixar falar o paciente nem sempre é seguido (West, 1984). Nos FG, ouviu-se: “tem de se saber ouvir primeiro”, “estar em silêncio”, “não interromper o paciente” e, no Q-COM-LIT, 66,7% dos médicos/as e 56,6% dos enfermeiros/as consideraram-se *bons/boas* em *deixar o/a paciente falar sem interrupções* (pergunta 11.2).

Os profissionais dão muita importância ao *saber ouvir*, mas têm a noção que interrompem o paciente. A literatura mostra que, em média os pacientes são interrompidos 18 segundos depois de iniciarem a sua declaração (Nørgaard, 2011, p. 1) e só 23% completam a sua ideia sem serem interrompidos pelo profissional (Berry, 2007). Aspegren e Lønberg-Madsen (2005) referem-se às “microcapacidades de questionamento” (p. 539), que permitem aos profissionais uma progressão suave da conversa sem interrupções desnecessárias.

A comunicação verbal está muito associada a um questionamento efetivo, adequado e com resultados. Os profissionais dão importância à colocação de questões, à expressão de preocupações e às iterações assertivas, tal como defendido por Street e Millay (2001, p. 62). É, neste sentido, que relacionam a comunicação verbal com a colocação e o encorajamento de perguntas abertas, o pedido de ensinar de volta (*teach-back*), a postura assertiva, gerando certeza e confiança, o comando da relação, a clareza e a positividade nas palavras. Estes componentes, que enformam a comunicação verbal, também são apontados por Kripalani e Weiss (2006), Pina (2003), Williams e outros (2002).

No estabelecimento da relação, os resultados do Q-COM-LIT salientam a importância que os profissionais de saúde atribuem ao estabelecimento do *rapport*. Este é reconhecido pela sua pertinência por Aspegren e Lønberg-Madsen (2005) e Kurtz e outros (1998), que enunciam as fases: o profissional de saúde apresenta-se, cumprimenta o paciente, pergunta-lhe o nome; dá-lhe as boas vindas; mostra-lhe onde

se sentar; dá explicações sobre o objetivo da conversa; faz a verificação da compreensão e vai controlando o tempo para a conversa.

A maioria dos participantes que preencheu a *tabela de composição das competências* atribuem valor tanto à comunicação verbal como à não verbal: confirmam que a linguagem não verbal “é extremamente importante, pois reforça comportamentos” e que a “comunicação verbal deve ser congruente com a comunicação não verbal”.

Os dados extraídos da *tabela de composição das competências* apresentam sugestões de uma leitura preferencial ou negociada em: *capacidade para falar abertamente* (n=31) no âmbito da competência da assertividade, as *instruções claras* (n=24) ou a *orientação para a ação* (n=20) respeitante à clareza, e *estímulo à cooperação* (n=26) na competência da positividade.

A comunicação competente, com satisfação mútua dos intervenientes (Wiemann, 1977, p. 197), pressupõe um domínio das emoções. Neste sentido, os profissionais argumentam que, muitas vezes, é preciso “convencer o paciente para que ele faça o que é bom para a sua saúde”. Assim, o envolvimento emocional de um tópico produz uma resposta mais emocional a novas informações, ativando estes “públicos” através da “excitação emocional” (Aldoory, Kim & Tindall, 2010, p. 135). Como destacam Smith e Carpenter (2017) e Rubinelli (2013), também os profissionais no estudo defendem uma persuasão racional (Rubinelli, 2013, p. 296), interpessoal, intencional, não coerciva, que surta efeitos (Miller, 2002).

6.2. Como os profissionais avaliam o seu contributo em relação à assertividade, linguagem clara e positividade para a melhoria da literacia em saúde do paciente

Os participantes no estudo concordam que a assertividade, a linguagem clara e a positividade, usadas de forma interdependente e agregada ao longo da relação terapêutica, contribuem para a melhoria da literacia em saúde, nas suas dimensões de acesso, compreensão e uso da mensagem (adesão terapêutica) do paciente. Consideram-se, também, responsáveis por esse resultado: “é levar a que o paciente adira aos procedimentos terapêuticos em função das suas necessidades, de livre

vontade e adesão”, tal como refere o U.S. Department of Health and Human Services (2011, p. iii).

Foi também evidenciado, no Q-COM-LIT, a valoração de *bom* ao desempenho destas três competências. Os profissionais sabem que os seus pacientes seguirão apenas um tratamento em que acreditam, tal como dizem Martin e DiMatteo (2014). Portanto, uma tarefa importante para os profissionais é ajudar o paciente a seguir o tratamento, sendo aqueles “um parceiro e um persuasor” (Martin & DiMatteo, 2014, p. 15). Para convencer o paciente, a assertividade, a clareza de linguagem e a positividade contribuem para elevar a literacia em saúde do paciente (Almeida, 2018), para que este possa, de forma consciente e voluntária, aceder, compreender e usar a informação (Sørensen e outros, 2012) eficazmente (Bandura, 1986, 1992, 1994). Sabem, ainda, que a sua característica humana e comunicativa tem reflexos em pacientes com maior vontade de adesão, tal como sublinham DiMatteo e outros (2013, p. 40), Pendleton e outros (2003), Pina (2003) e Aruguette e Roberts (2002). Mostram que quando são positivos e claros, com uma “postura assertiva”, abrem a porta à adesão (VandenBos, 2007), atuando sobre a compreensão do paciente, que é fundamental (Pendleton e outros, 2003; Pina, 2003).

Os profissionais de saúde apreciam a assertividade, porque inclui a confiança para diminuir a incerteza (Salter, 1949; Wolpe, 1969), mas reconhecem a falha humana. Um dos participantes enfatiza que “muitas vezes nós médicos, também, erramos e temos dificuldade em transmitir”, ideia que se alinha com a de Rego (2016) de que “as pessoas assertivas aceitam a imperfeição e não esperam receber a aprovação de toda a gente” (p. 318).

O entendimento sobre *clareza* foi quase imediato, reconhecendo-se a linguagem clara como competência-chave para abrir e fechar a relação e contribuir para o *acesso*, o caminho para a *compreensão* e *uso* da informação em saúde e navegabilidade no sistema.

A positividade contribui para a literacia em saúde, especialmente para a compreensão (Suchman, Roter, Green & Lipkin, 1993), através da motivação (Martin & DiMatteo, 2014, p. 15). Os profissionais alcançam resultados, quando exortam o paciente à autoeficácia, com um estilo positivo, como em Stemple e Hapner (2014, p.

489), gerando compromisso com a sua saúde. Porém, houve contributos mais diversificados sobre a sua definição, com forte ligação à “motivação”, e uniformidade quanto aos benefícios nos comportamentos, atitudes e linguagem (verbal e não verbal) positivos, conforme as tendências evidenciadas na literatura (e.g. Berman & Chutka, 2016; Stewart, 1995). Para os participantes, a comunicação positiva é transformadora, tal como defendem Corbin e outros (2014).

A mudança de comportamento e a adesão às instruções em saúde do paciente assentam num processo comunicativo, no qual são usadas as competências de comunicação (e.g. assertividade, clareza e positividade), pressupondo, como aludia Hall (1980), uma codificação da mensagem e um esforço da decodificação do recetor na posição dominante hegemónica.

6.2.1. O contributo do modelo ACP para o acesso à saúde

Os profissionais de saúde dos FG consideram que, entre as suas diversas funções, são facilitadores e “educadores” que ajudam e agilizam o paciente a aceder à informação em saúde e aos serviços (Gulliford e outros, 2002, p. 186), a resolver as suas dúvidas (Street, 2009), com vista à adesão (Keller e outros, 2014). Defendem, tal como Viswanath (2006), que é preciso garantir que as informações estão disponíveis [e por isso acessíveis], a todos aqueles que precisam delas” (p. 217).

Neste acesso, o profissional sente-se como o facilitador da informação (Nutbeam, 2000a, 2000b; Sørensen e outros, 2012) e usa as suas competências de comunicação para apontar os caminhos para o acesso à informação. Para isso, atende ao perfil do paciente, à sua condição de saúde, social, demográfica, cognitiva (Gulliford e outros, 2002, p. 186) e cultural (Parham e outros, 2015).

Ficou evidenciado que o acesso aos serviços de saúde, por vezes, é inadequado, em particular por parte da população mais idosa. As competências de comunicação do profissional poderão “facilitar o acesso” num apoio de “continuidade” (Wonca, 2002), ajudando e *educando* o paciente.

O comportamento assertivo, respeitador, direto, sem agressividade, incentiva o diálogo, gerando confiança, satisfação, pacientes mais ativos e satisfeitos (Ware &

Snyder, 1975). Os profissionais envolvem-se mais, quando os pacientes são mais ativos (e.g. colocam questões e expressam preocupações), e estes arrecadam mais apoio informativo do que os passivos (Cegala & Post, 2009; Kravitz e outros, 2005; Silverman, e outros, 2013, p. 96; Street, 2007, p. 552), estabelecendo-se, assim, um fluxo bidirecional de retroalimentação (King, 1999; Moscovici, 1981; Ruesch, 1956, p. 161). Esta evidência faz ponte com a teoria situacional dos públicos (Grunig, 1997) – aplicada nesta tese ao contexto da relação terapêutica –, que ressalta que o consumo da informação se torna sistemático, quando os públicos (neste caso, os pacientes) comprovam que a informação vai ao encontro dos seus problemas. Reconhecendo os problemas como seus, os públicos (neste caso, os pacientes) investem nos seus recursos cognitivos e comunicativos, porque percebem que o seu esforço é necessário e relevante (Kim & Grunig, 2011). O acesso à informação sobre saúde promove-se através da oferta do conhecimento, da percepção das crenças, diminuição dos constrangimentos e estímulo à motivação dos pacientes para a mudança comportamental (Bandura, 1986; Sørensen e outros, 2012).

Para apoiar o paciente, aquando das competências ACP podem ser usadas *âncoras*. Estas, suportadas pela *clareza* das mensagens e comportamentos, induzem a memória (Wyer & Shrum, 2014, p. 5) através do apoio da escrita, desenhos, gráficos, *websites* ou outros meios informativos que apoiam a decisão (Q-COM-LIT, pergunta 10.11) e da adequada mobilização de recursos (Chew, 2001).

6.2.2. O contributo do modelo ACP para a compreensão da informação em saúde

Corroborando a revisão da literatura, os médicos e enfermeiros participantes no estudo evidenciam que os pacientes compreendem melhor as instruções em saúde se, para além das instruções verbais, se cuidar da CNV do profissional (Makoul, 1998; Neighbour, 1999; Pendleton, 1984; Stewart, 1995), existir apoio através de outros meios, como a repetição (Corcoran, 2007, p. 7), a escrita, os desenhos, os gráficos e as tabelas (Ley, 1988; Wilson & Wolf, 2009). Estes provocam a motivação (Bandura, 1986), num processo de codificação/descodificação da mensagem que se pretende hegemónica (Hall, 1980; Schramm, 1955). É um “esforço” na voz dos participantes, que

contribui para garantir os resultados de compreensão, eficácia e adesão pelo paciente (Corcoran, 2007; Street e outros, 2009). Para a presidente da IHLA, a efetiva comunicação depende da compreensão do destinatário e a compreensão por si é uma competência. Se, para esta perita internacional, a compreensão é por si própria uma competência, então as competências de comunicação geram mais competências.

É esta *comunicação com o paciente* assertiva, clara e positiva, que vai sendo usada ao longo da interação, promovendo um estado de compreensão, que *abre porta* à adesão e à mudança, resultando no que Wiemann (1977) descreve como *a satisfação mútua pretendida na relação interpessoal* (p. 197). Os profissionais em estudo usam a clareza de linguagem, na perspetiva de Stableford e Mettger (2007), com transparência, significado, criatividade, vibrante, associada a positividade “emocionalmente ressonante” (p. 80).

O processo de compreensão, associado à teoria relacional (Bruning & Ledingham, 1998; Hon & Grunig, 1999; Kim, 2001; Ledingham, 2001, 2008), é descrito pelos médicos através do envolvimento e compromisso, embora reconheçam que a família, os amigos e os vizinhos podem envolver-se e, erradamente, fomentar a automedicação – um problema grave atual, evidenciado por médicos do género masculino.

Sobre a prescrição de medicamentos, os resultados do Q-COM-LIT mostram um valor elevado de profissionais que se avaliam com *excelente* e *bom* a explicar detalhadamente os medicamentos, tratamentos e exames. Makoul e outros (1995) enunciam uma sobrestimação dos médicos na explicação aos pacientes para seguir o plano de tratamento. Neste âmbito, não basta só a clareza: é preciso garantir a compreensão e a autoeficácia (Bandura, 1992, 1999), convocando as competências da assertividade e da positividade, que, em trio, coordenam com rigor os momentos da consulta.

Observou-se, entre os resultados, a necessidade de aprofundar o reconhecimento das crenças e constrangimentos dos pacientes. É preciso fazê-los compreender qual a direção correta para a sua saúde, tal como Zarcadoolas e outros (2003) propuseram com um modelo para a literacia em saúde, que integra o domínio cultural, as crenças coletivas, costumes e visões de mundo, e Kim e Grunig (2011) que,

num contexto mais lato, focam o reconhecimento do problema, do constrangimento, o nível de envolvimento e a necessidade de aumentar conhecimento e motivação.

Os profissionais de saúde debatem-se com informações pouco credíveis, como as provindas de *celebridades*, e com grandes desafios (Gazmararian e outros, 2005, p. 317). Neste contexto, um guião prévio e aprendido (Hulsman, 2009), representado pelo modelo ACP, poderá permitir compreender, num sentido mais holístico, o paciente e “caminhar com os sapatos do outro”, como referido por Mnookin, Peppet e Tulumello (1996, p. 220).

6.2.3. O contributo do modelo ACP para o uso da informação em saúde

A assertividade, a linguagem clara e a positividade contribuem para que os profissionais de saúde consigam melhorar o uso dos serviços e da informação em saúde dos seus pacientes. É através da educação dos pacientes, um dos temas *quentes* desta investigação, que todos os participantes asseguram ser necessário um investimento, considerado por Kickbush e Nutbeam (WHO, 1998) essencial para alcançar uma participação efetiva e o empoderamento de pessoas e comunidades (p. 2).

A falta de educação de uma sociedade compromete o uso dos serviços e da informação correta da saúde e o controlo sobre eventos da vida e situações individuais, conforme adverte Nutbeam (2000a, pp. 263-264), pelo que estar dotado de competências cuida e promove saúde e previne a doença. Foi considerado, nesta investigação, que o bom uso da informação em saúde, isto é, a *usabilidade* (Watson, 2019) é “crítica para a tomada de decisão” (Che e outros, 2018, p. 1) e para gerar resultados em saúde (Wiemann & Backlund, 1980, p. 186).

Focando-se na linguagem clara e na assertividade, tanto na comunicação verbal como na não verbal, alguns médicos salientaram a importância da aplicação da técnica *teach-back*. Mas verificou-se que nem todos sabem usar esta técnica específica da literacia em saúde, porque algumas das expressões usadas colocam o *peso* da responsabilidade em cima do paciente, em vez de ser sobre eles próprios [médicos e enfermeiros]. Usam expressões, como “repita para ver se percebeu [o paciente]” em vez de “não se importa de repetir o que eu acabei de dizer para ver se eu me fiz

compreender”, esquecendo que “as palavras que usamos influenciam o nosso pensamento” (Kottke e outros, 2016, p. 2).

Os entrevistados foram mais pormenorizados na explicação do *uso* quanto à clareza da informação transmitida e aos instrumentos utilizados para se conseguir essa finalidade. Por exemplo, dois dos entrevistados referiram que se pode utilizar uma diversidade de suportes/materiais escritos, visuais, gráficos, sessões individuais ou em grupo, novas tecnologias, *media* e um conjunto de meios de comunicação que permitem esta educação do paciente para desfrute do melhor uso da informação e do sistema (Ley, 1988; Maybach & Parrott, 1995; Northouse & Northouse, 1998).

A questão da educação enraíza-se no conceito da *literacia em saúde* (Simonds, 1974), embora tenha sido progressivamente afastada, por se considerar que a literacia em saúde se aproximava mais ao domínio da saúde e seria mais do que ler panfletos e fazer compromissos (WHO, 1998, p. 19). Mas esta exigível educação não apenas da parte do paciente-cidadão, como de todo um povo, sublinhada neste estudo, aponta para uma reflexão renovada sobre os efeitos desta variável [educação] no processo de acesso, compreensão e uso da informação em saúde e, por isso, na literacia em saúde. A OMS publicou em 2019, na revista *Panorama*, um artigo que refere expressamente a questão da educação para a literacia em saúde (Paakkari e outros, 2019): “as escolas fornecem um ambiente crítico para o desenvolvimento da literacia em saúde devido à sua proximidade e alcance universal” (p. 189).

Embora essa função não seja exclusiva dos profissionais de saúde, estes veem-se como “educadores” – indo ao encontro de Kickbush e Nutbeam (WHO, 1998, p. 4) –, destacando que é preciso “responsabilizar” os pacientes, sobretudo para questões básicas, como o “recurso às urgências” ou “ligar para o 112”. Apesar de saberem que os baixos níveis de literacia em saúde afetam mais de 50% da população portuguesa (Espanha e outros, 2016), reconhecem, como Zarcadoolas e outros (2003), que é preciso ampliar a interação da comunicação com a educação em saúde, as capacidades individuais e os processos sociais para compor cidadãos literados em saúde (p. 120).

Todavia e de forma curiosa, surgiu um resultado que não é comum na literatura: um novo perfil de pessoas, com diferenciação educacional e económica, que têm, com frequência, baixas competências de literacia em saúde. Os profissionais de saúde

revelam que, quando estão na “posição de pacientes”, muitas vezes escondem a sua profissão, para “serem tratados como pacientes”. A literatura é consensual quanto à configuração do perfil das pessoas com baixa literacia em saúde: proveniência de baixos estratos socioeconómicos, minorias étnicas, idosos, com incapacidades cognitivas, doenças crónicas, baixo nível de escolaridade ou capacidades pobres em literacia (Cegala e outros, 1995; Espanha e outros, 2016; Kripalani e outros, 2008; Chinn & McCarthy, 2012).

A OMS (2009) destaca que “é importante enfatizar que os programas educacionais são inadequados para uma melhoria de longo prazo” e todos os participantes realçaram a “necessidade preponderante da educação da população” reconhecendo a sua função concomitante de educadores.

6.3. O contributo do modelo ACP para o desempenho comunicacional dos profissionais

Os resultados, obtidos pela investigação, mostram que os participantes evidenciam que o modelo ACP vem permitir um melhor desempenho comunicacional, através da aprendizagem do modelo ACP – como refere Hulsman (2009) sobre o potencial de guiões prévios –, melhorando, assim, a literacia em saúde do paciente.

Referem que o uso interdependente e agregado das competências ACP permite combinar, na relação terapêutica – e fazendo uma ponte com a literatura –, a assertividade, através de um comportamento respeitador (Lalonde, 1981; Rubinelli; 2013), persuasão/influência racional (Rubinelli, 2013), intencional, simbólica, não coerciva (Miller, 2002), a linguagem clara (Kripalani & Weiss, 2006; Shriver e outros, 2010) e atitudes e comportamentos positivos (Corbin e outros, 2014; Seligman e outros, 2005) e motivacionais (Sørensen e outros, 2012), promotores da compreensão (Silverman e outros, 2013, eficácia (Bandura, 1983, 1999) e adesão (VandenBos, 2007) do paciente. Conduz, assim, a uma melhor literacia em saúde e resultados (Epstein e outros, 2005; Kreps, 1988; Miller, 2002; Pedro e outros, 2016; Sørensen e outros, 2012).

Através da análise de componentes principais ao modelo ACP, reduziu-se as 39 perguntas/indicadores a sete componentes/dimensões que, entre si, estão mais fortemente correlacionados do que com os indicadores que integram outras

componentes/dimensões: duas da assertividade (assertividade – acesso e assertividade – compreensão); três da clareza (clareza – acesso, clareza – compreensão e clareza – uso) e duas da positividade (positividade – acesso e uso e positividade – compreensão).

Na análise de *clusters*, através do método Ward (Marôco, 2014, p. 540), confirmou-se, seguindo os ensinamentos de Marôco (2014, p. 537), o agrupamento de sujeitos e destas dimensões/componentes em grupos homogêneos relativamente a características comuns. O modelo ACP demonstra a sua consistência.

A credibilidade da fonte, que os profissionais enunciam, vai ao encontro da abordagem de Hovland e outros (1953) e de Rego (2016). Este autor afirma que “quanto mais importante, prestigiado, credível e reconhecido for o emissor, maior o impacto da mensagem transmitida” (p. 81), sendo o objetivo, no átrio terapêutico, levar a que o paciente confie no profissional como “detentor de conhecimentos, competências e capacidades relevantes, para obter informação objetiva e não enviesada” (p. 82).

Nesta investigação, denota-se o efeito persuasivo e consciente do profissional de saúde através das suas competências de comunicação, que se ajustam ao paciente (recetor) (Cegala, 2003; Kripalani & Weiss, 2006), com o objetivo da decisão “acertada em saúde” (Sørensen e outros, 2012), de continuidade da relação (Wonca, 2002) e da confiança estabelecida entre as partes.

Ao longo do estudo, tornou-se constante a defesa do modelo ACP para uma melhoria da relação com o paciente e da sua literacia em saúde. As três competências de comunicação integrantes do modelo são profusamente tratadas na literatura – embora a sua composição nem tanto –, mas, na presente investigação, o seu uso em contexto profissional surge proposto de modo agregado e interdependente. É, adicionalmente, proposta a preparação antecipada do profissional de saúde através de um “guião prévio” (Hulsman, 2009), promotor da otimização do seu desempenho comunicacional, dos resultados em saúde e de uma melhoria da literacia em saúde do paciente, nas dimensões do acesso, compreensão e uso, da informação em saúde e navegabilidade no sistema.

Com um suporte teórico em Cegala (2003), Gregory (2008, p. 216), Tench e Konczos (2013) e resultados obtidos dos FG e entrevistas, reúne-se (não exaustivamente), nos seguintes quadros 52, 53 e 54, uma apresentação, como

constructo triádico, de cada uma das competências agregadas ACP dos profissionais de saúde.

O quadro 52 apresenta a competência da assertividade como *constructo* trifatorial, refletindo a versão concetual de competência adotada neste estudo.

Quadro 31. Competência da assertividade como *constructo*

ASSERTIVIDADE		
Conhecimento SABER	Capacidades FAZER	Atributos pessoais SER
<ul style="list-style-type: none"> . Compreender as dimensões da confiança; . Compreender o compromisso na relação; . Conhecer as normas da organização; . Conhecer e aprofundar as dimensões interculturais; . Conhecer os direitos e os deveres do paciente; . Deter conhecimento teórico sobre as dimensões e composição da assertividade; . Desenvolver conhecimento sobre técnicas para a consulta; . Dominar conhecimento clínico; . Dominar conhecimento sobre a gestão de conflitos; . Dominar conhecimento sobre comunicação assertiva; . Saber planejar (guião). 	<ul style="list-style-type: none"> . Ajudar o/a paciente a enfrentar os problemas emocionais relacionados com o seu estado; . Ajudar o/a paciente a exprimir as suas preocupações; . Comportamento de respeito; . Confirmar que o/a paciente compreende; . Controlar a imposição; . Controlar impulsos individuais; . Controlar os fatores externos; . Dar apoio ao/à paciente (e.g. conversa de <i>cuidado</i> em vez de conversa de <i>cura</i>); . Encorajar o/a paciente a colocar questões; . Fazer o/a paciente sentir que tem tempo para ele/a durante a interação; . Gerar sentimentos e emoções com vista a uma resposta eficiente; . Gerir o stress da relação; . Informar o/a paciente sempre de forma atenta; . Informar o/a paciente sempre de forma respeitosa; . Liderar; . Negociar com o paciente racional e positivamente; . Saber conversar (iniciar, manter, conduzir uma conversa); . Saber dizer <i>não</i>; . Saber gerir momentos de tensão/tristeza; . Saber influenciar; . Saber ouvir o/a paciente; . Saber ter autodomínio; . U. sar linguagem assertiva. 	<ul style="list-style-type: none"> Autocrítico Comprometido Confiante Corajoso/a Disciplinado/a Eficaz Íntegro/a Líder Persuasor/a Resiliente Respeitador/a Responsável Seguro/a

Fonte: Elaboração própria.

Apresenta-se, no quadro 32, a competência da clareza como *constructo* triádico.

Quadro 32. Competência da clareza como *constructo*

CLAREZA		
Conhecimento SABER	Capacidades FAZER	Atributos pessoais SER
<ul style="list-style-type: none"> . Conhecer as dimensões da literacia em saúde (acesso, compreensão e uso); . Conhecer as diferenças culturais e a representação de algumas linguagens (verbal e gestual); . Conhecer o conceito de linguagem clara; . Conhecer termos em outras línguas representativos da linguagem em saúde; . Dominar conhecimento sobre a linguagem não verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> . Ajudar o/a paciente, com linguagem simples, a encontrar informação; . Colocar perguntas abertas; . Confirmar que o/a paciente compreende tudo para a sua própria segurança; . Conhecer o que fez e disse ao/à paciente em consultas anteriores; . Dar informação e esclarecer; . Debater os próximos passos e planos de seguimento com o/a paciente; . Demonstrar ao/à paciente como se faz (com gráficos, imagens, desenhos ou esquemas); . Desenhar as instruções (fazer gráficos, desenhos); . Escrever as instruções para facilitar a memorização pelo/a paciente; . Escrever de modo facilmente entendível; . Estabelecer a relação com o/a paciente através de linguagem simples; . Estabelecer contato visual com o/a paciente; . Explicar detalhadamente os medicamentos, tratamentos e exames; . Explicar/falar de modo imediatamente entendível; . Informar o/a paciente sobre o que quer saber, os seus sintomas e estado de saúde; . Perceber as informações sintomatológicas que são dadas pelo/a paciente, de modo a poder prestar alívio rápido; . Preparar o/a paciente sobre o que esperar dos cuidados de saúde; . Traduzir o jargão técnico sempre que é usado (e não compreendido); . Usar frases curtas; . Usar palavras simples; . Usar a primeira pessoa: eu no discurso; . Utilizar verbos; . Utilizar linguagem não verbal; . Verificar a informação que emite. 	<ul style="list-style-type: none"> Ágil de pensamento Bom/boa questionador/a Bom/boa avaliador/a Bom/boa ouvinte Coerente Entendível Ético/a Flexível Objetivo/a Sintético/a

Fonte: Elaboração própria.

O quadro 33 contém o tratamento da competência da positividade como *constructo*.

Quadro 33. Competência da positividade como *constructo*

POSITIVIDADE		
Conhecimento SABER	Capacidades FAZER	Atributos SER
<ul style="list-style-type: none"> . Conhecer os efeitos da compreensão pelos erros dos outros; . Conhecer a linguagem não verbal e os seus efeitos; . Conhecer a linguagem positiva e como aplicá-la; . Conhecer as bases das relações positivas (forças de carácter); . Conhecer a mente humana (mudança de comportamentos); . Perceber a importância dos efeitos persuasivos positivos; . Saber os contributos para tornar positiva e construtiva a relação com o/a paciente; . Saber os efeitos de algumas técnicas como a simetria ou <i>neurónios espelho</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> . Adotar cortesia e dar carinho quando lida com o/a paciente; . Ajudar o/a paciente a criar expectativas positivas; . Ajudar o/a paciente a enfrentar os problemas emocionais relacionados com a saúde; . Dar apoio social (perguntas sobre questões não clínicas); . Envolver o/a paciente na tomada de decisão; . Evitar o uso de palavras e frases negativas; . Explicar situações, de modo motivador ao/à paciente, para este desempenhar as suas tarefas diárias; . Incentivar o/a paciente a tomar decisões; . Mostrar ao/à paciente o comportamento positivo e ativo que tem de ter; . Mostrar comunicação não verbal positiva (postura, contato ocular, tom de voz, proximidade); . Mostrar emoção e afeto; . Mostrar estima; . Permitir o/a paciente falar sem interrupções; . Sorrir nos momentos certos; . Usar a voz ativa (sujeito-predicado-complemento direto); . Usar frases positivas. 	<ul style="list-style-type: none"> Confiante Criativo/a Educado/a Empático/a Energético/a Humorista (em doses certas) Motivador/a Otimista Agradável/amável

Fonte: Elaboração própria.

6.4. A comunicação e as competências de comunicação na agenda da literacia em saúde

A partir do Q-COM-LIT, nota-se que as autoperceções dos profissionais de saúde, em relação às suas competências de comunicação, são elevadas. Embora a literatura assuma que pode haver uma superestimação das competências de comunicação, provocando uma má comunicação com o paciente, assume-se uma opinião diferenciada em relação a este tema, especialmente no que resultou desta investigação. Considera-se que este estudo, exigindo um exercício refletivo aquando da participação de todos os

envolvidos nos FG, inquérito e entrevistas, permitiu uma consciência revitalizadora sobre a importância da comunicação e das competências de comunicação em saúde.

De acordo com Azjen (1991) e Fishbein e Azjen (1975), quando existe uma intenção de comportamento, o sujeito está disposto a tentar, e quanto maior for a intenção, maior a probabilidade de realizar esse comportamento. A atitude em relação às competências de comunicação (a avaliação do desempenho), que os profissionais consideraram *boas*, a pressão social percebida através da participação e manifestação pelos pares e a autoeficácia percebida através da confiança revelada pelas respostas de *bom* no Q-COM-LIT e pelas opiniões manifestadas nos FG – mesmo que tenham de passar (necessidade) por uma aprendizagem prévia –, permitem considerar que, mesmo que tenha havido superestimação, esta é positiva para os resultados. Pensa-se, assim, que, mesmo que outros estudos evidenciem uma superestimação das competências, o efeito provocado pela confiança nessas suas competências, associado a uma motivação, poderá verter num efetivo desempenho comunicativo, de forma mais aperfeiçoada – isto é, o uso das competências de comunicação na relação terapêutica –, mesmo que estas não tenham sido aprendidas.

Sniehotta, Schwarzer, Scholz e Schuz (2005) defendem a necessidade de se fazer um planeamento (de ação e de estratégia) para ultrapassar as potenciais falhas das intenções (p. 566). Aplicando a proposta de Kim e Grunig (2011) ao contexto terapêutico, há necessidade de uma solução (melhores competências de comunicação do profissional de saúde) para os problemas (baixa literacia em saúde), um maior conhecimento (a aprendizagem), envolvimento (através das partilhas e planeamento) e a diminuição dos obstáculos (através da melhoria do ensino escolar e da formação profissional). Neste âmbito, refere-se uma expressão coloquial: *o caminho faz-se, fazendo*. Por isso, assume-se que esta valorização autopercecionada de competências de comunicação pode instigar a uma continuidade e a um aprofundamento das aprendizagens, evidenciados pelos participantes neste estudo.

Todos os participantes reconhecem o esforço empreendido para conseguir que o paciente compreenda as informações em saúde e tome decisões terapêuticas acertadas. Poderá ter ocorrido um processo refletivo (deliberação consciente da importância das competências de comunicação em saúde) e um processo impulsivo

(comportamento gerado através de associações e motivações da vontade de saber, aplicar e ter competências) (Strack & Deutsch, 2004).

Este estudo permitiu, ainda, que, de uma forma limitada (restringido aos 484 profissionais de saúde), trazer o tema da comunicação para a agenda da saúde, assim como o contributo que a comunicação poderá verter na melhoria da literacia em saúde do cidadão, em cada uma das duas dimensões. Realça-se o facto de a comunicação ter apenas entrado em 2009 no domínio da literacia em saúde.

Propõe-se, no quadro 34, um esquema de consulta, no qual se aplica, ao longo da interação, as competências ACP. Estas organizam-se a partir dos *insights* de modelos já existentes, como o KCS (2001), o CCG (1986) ou os *sete passos da consulta*, de Ramos (2009): 1) construir a relação; 2) abrir a discussão; 3) juntar a informação; 4) compreender a perspetiva do paciente; 5) partilhar a informação; 6) chegar a acordo; 7) encerrar.

Quadro 34. Competências de comunicação nos passos da consulta

PASSOS NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA	MODELO ACP – MODELO DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE		
	ASSERTIVIDADE	CLAREZA DE LINGUAGEM	POSITIVIDADE
1. CONSTRUIR A RELAÇÃO Conhecimentos <i>Conhece a importância do rapport. Tem conhecimento da cultura e dos modelos de comunicação.</i> Capacidades <i>Gere o tempo limitado da consulta, cumprindo os passos para a</i>	Olha nos olhos, levanta-se. Gestos suaves, mas firmes. Mantém-se direito e com a roupa arranjada (bata). Tem consciência que o tempo é curto para a tomada de decisões importantes para o paciente. Está envolvido com o momento e dá atenção exclusiva ao paciente que o procura.	Dá as boas vindas com uma linguagem clara, chamando pelo nome e pela forma que a pessoa gosta de ser tratada.	Cumprimenta com um sorriso Incentiva a pessoa a estar confortável. Aponta com a mão o local para o paciente se sentar. É agradável no tom de voz (não demasiado alto nem demasiado baixo). Verifica se o paciente ouve e vê bem. Garante que não é interrompido.

<p><i>obtenção de resultados</i></p> <p>Atributos pessoais <i>Bom/boa gestor/a da pressão, bom/boa gestor/a dos momentos e bom/boa decisor/a</i></p>	<p>Tem a noção que depende de si muitos dos resultados daquele encontro. É importante gerar confiança neste momento de abertura. Reconhece que é, na continuidade, que se estabelecem relações de confiança.</p>		
<p>2. ABRIR A DISCUSSÃO</p> <p>Conhecimentos <i>Conhece os efeitos do uso da assertividade, das perguntas abertas e da comunicação não verbal</i></p> <p>Capacidades <i>Faz a relação ser dinâmica e produtiva com a sua ação</i></p> <p>Atributos pessoais <i>Bom/boa condutor/a do encontro, bem-humorado/a, bom/boa ouvinte</i></p>	<p>Ouve com respeito e não interrompe antes do paciente fazer a primeira declaração da sua vinda. Só interrompe se verificar que o tema se desvia do assunto. Evoca uma questão de âmbito social do interesse do paciente.</p>	<p>Quando inicia a conversa, coloca perguntas abertas e simples como: <i>o que posso fazer por si?</i> ou <i>que preocupações o/a trazem cá?</i> Dá espaço e tempo para a resposta. Repete a pergunta do paciente para confirmar que também percebeu corretamente.</p>	<p>Incentiva, de forma positiva, o paciente através de expressões faciais, postura do corpo, proxémia. Vai verificando o comportamento do paciente (relaxamento, interesse).</p>
<p>3. JUNTAR A INFORMAÇÃO</p> <p>Conhecimentos <i>Tem conhecimentos técnicos para avaliar a situação</i></p> <p>Capacidades</p>	<p>Gere a relação – estabelece o ponto essencial da visita com a concordância do paciente. Vai colocando as questões e repetindo e sumando o que o paciente diz. Atenta ao estado emocional do paciente</p>	<p>Traduz o jargão técnico, quando o usa, e vai averiguando se o paciente compreendeu através da técnica <i>teach-back</i>. Repete palavras-chave âncoras,</p>	<p>Motiva positivamente o paciente a detalhar alguns aspetos da sua vinda à consulta. Evita questões diretivas. Dá oportunidade de tempo para a conversa.</p>

Conversa para obter resultados

Atributos

pessoais

Arguto, antecipador do problema, conhecedor das limitações do paciente, respeitador

4. COMPREENDER A PERSPETIVA DO PACIENTE

Conhecimentos

Conhece a cultura e as práticas culturais

Conhece as competências ACP

Capacidades

Aplica as competências ACP

Tem responsabilidade individual e social

Atributos

pessoais

Criativo e flexível

5. PARTILHAR INFORMAÇÃO

Conhecimentos

Conhece as dimensões da literacia em saúde: acesso, compreensão e uso

e vai coordenando e fazendo a gestão do tempo de consulta. Assegura a passagem pelas perguntas-chave dessa interação. Mostra que sabe ouvir (escuta ativa).

que o paciente reconhece facilmente no seu vocabulário, tendo em conta o seu contexto social, económico e cultural.

Usa a paralinguagem (pausas, tons) e expressões, como *sim, sim*.

Assegura os momentos de intervenção do paciente, gerindo qualquer conflito que tenha. Usa gestos suaves, como a palma da mão aberta para cima. Movimenta-se ligeiramente para a frente, demonstrando interesse

Usa uma linguagem clara para perceber as crenças e as barreiras, que impedem o paciente de seguir um determinado tratamento ou instruções. Percebe se o paciente dá importância e se tem eficácia para agir pela sua saúde. Clarifica e dá informação correta.

Coloca perguntas abertas positivas, sem discriminar. Não faz juízos de valor. Encoraja o paciente a colocar questões. Envolve o paciente na resposta, quando a questão é essencial. Ao repetir a resposta e a solução, o paciente vai memorizando.

Entra na fase de resolução do problema, sendo assertivo, gerindo as emoções e o estado do paciente. Confirma o entendimento. Ensina o paciente sobre a ação eficaz e

Explica os passos seguintes, em palavras simples, claras e acessíveis que o paciente compreenda. Usa a técnica *chunk & check*, para definir o plano terapêutico, e as

Responde ao paciente de forma construtiva e positiva. Recorre à motivação e verifica através das expressões, gestos e silêncios se o paciente está a compreender.

<p>Capacidades <i>Usa a persuasão racional</i></p> <p>Atributos pessoais <i>Criativo e flexível</i></p>	<p>orienta-o na sua compreensão. Negocia com o paciente a ação mais correta, explicando a necessidade e as consequências. Demonstra confiança e certeza.</p>	<p>instruções em saúde claras. Partilha e transmite informação significativa e prioritária com precisão.</p>	<p>Pode usar o humor se for adequado. Evoca momentos significativos da vida do paciente para que ele memorize melhor.</p>
<p>6. CHEGAR A ACORDO</p> <p>Conhecimentos <i>Conhece os princípios da negociação</i></p> <p>Capacidades <i>Usa argumentos cognitivos e emotivos</i></p> <p>Atributos pessoais <i>Congruente no que diz, criativo, decisor, líder, negociador</i></p>	<p>Negocia assertivamente um acordo, usando uma estratégia persuasiva racional, que beneficie o paciente. Faz participar o paciente na decisão. Volta a perguntar se existe mais algum assunto que tenha de ser tratado nessa hora ou se poderá guardá-lo para a próxima consulta.</p>	<p>Desenha, apresenta imagens, faz gráficos e tabelas para que o paciente possa compreender melhor as instruções. Utiliza de novo a técnica <i>teach-back</i> ou <i>show me</i>, para garantir que o paciente compreendeu e vai seguir a informação transmitida.</p>	<p>Motiva à ação e confirma que o paciente tem eficácia para manter o tratamento de forma construtiva. Repete o comportamento positivo que o paciente terá de ter para manter ou ter mais saúde. Incentiva a partilhar o tratamento com alguém de confiança. Mostra calma e integridade.</p>
<p>7. FAZER O ENCERRAMENTO</p> <p>Conhecimentos <i>Conhece a importância da memorização para a compreensão e a eficácia para a ação</i></p> <p>Capacidades <i>Usa argumentos cognitivos e emotivos</i></p> <p>Atributos pessoais</p>	<p>Olha nos olhos, levanta-se. Gestos suaves, mas firmes. Dirige-se ao paciente. Marca o <i>follow up</i>.</p>	<p>Sumariza, brevemente, o que foi dito em palavras claras e sem jargão técnico.</p>	<p>Levanta-se, cumprimenta o paciente e despede-se, encerrando a consulta. Incentiva o paciente à relação de continuidade. Pode terminar com um ponto social significativo para a vida do paciente.</p>

*Adaptável ao
momento,
confiante,
estável,
motivador e
prestável*

--	--	--

Fonte: Elaboração própria.

CONCLUSÃO

A estrutura concetual-teórico-empírica, apresentada neste estudo, pretende fornecer uma proposta que integre, de forma interdependente e agregada, as competências específicas da assertividade, clareza e positividade, na forma de um modelo abrangente – o modelo ACP –, que possa vir a ser usado nas interações em saúde, a nível profissional, por médicos e enfermeiros e eventualmente por outras categorias de profissionais de saúde. Também poderá ser ensinado e aprendido, tanto nas formações de base em saúde, como nas formações pós-graduadas nessa área.

Conseguiu-se fazer ligações entre as abordagens teóricas da comunicação e o objeto de estudo, ancorando-nos: a) na teoria relacional; b) na teoria situacional dos públicos e teoria da resolução dos problemas; c) na abordagem da persuasão; d) no modelo de Schramm e de Hall de codificação-descodificação, e) e na teoria cognitiva social, relacionada com a teoria da ação racional e do comportamento planeado.

A abordagem teórica e metodológica convocada conseguiu dar resposta à pergunta de partida e aos objetivos, geral e específicos. Por um lado, foi possível verificar, pelos resultados reunidos pelo método misto utilizado, através de 484 vozes de profissionais de saúde, dos quais 88 participantes em 14 FG, 389 inquiridos no inquérito Q-COM-LIT e 7 (sete) entrevistas a informadores qualificados, que, quanto ao objetivo geral: 1) a linguagem assertiva, clara e positiva, utilizada na relação terapêutica, contribui para aumentar a compreensão do paciente, face às orientações que lhe são transmitidas pelo profissional de saúde; 2) os profissionais de saúde consideram estas suas competências de comunicação uma condição indispensável para melhorar a relação terapêutica, para diminuir os esforços concertados para garantir a compreensão do paciente, para que este, ao entender as instruções em saúde, otimize a sua adesão terapêutica, concorrendo, assim, para aumentar a qualidade dos cuidados de saúde e a melhoria da literacia em saúde do paciente e do sistema.

Dos três objetivos específicos, resultaram contributos relevantes e a confirmação expressa dos profissionais de saúde participantes quanto: 1) à importância que atribuem à comunicação e às suas competências de comunicação no contexto da relação terapêutica, vertendo em resultados em saúde; 2) à valorização que reconhecem ao seu

uso das competências da assertividade, clareza da linguagem e positividade, que, mesmo a ser superestimada esta valorização, mostrou ser promotora de uma motivação e forte intenção de comportamento para as aplicar e aprimorar, e; 3) ao valor que atribuem à aplicação do modelo ACP, agregado e interdependente, no seu desempenho comunicacional na díade em saúde, permitindo esboçar os resultados positivos na melhoria da literacia em saúde do paciente e, por isso, influenciando o acesso, a compreensão e o uso das informações em saúde e da navegabilidade no sistema.

Ficou, ainda, destacada a importância e essencialidade da comunicação verbal e não verbal como uma condição para o êxito da relação terapêutica. Os profissionais de saúde reconhecem que, codificando a mensagem, através de palavras claras e simples, do cumprimento que fazem inicialmente, do encorajamento, do saber ouvir, dos movimentos cordiais, da escuta ativa, dos desenhos que se esforçam por representar instruções, entre outros conhecimentos, capacidades e atributos que detêm e se conjugam, contribuem para uma decodificação efetiva de um paciente que poderá ter dificuldades de acesso, de compreensão e de uso da informação. Por isso se torna mais imperativo e necessário o desenvolvimento das suas competências nesta área.

Entre o perfil de paciente com que lidam diariamente, revelam que, para além daquele que a literatura habitualmente apresenta como tendo uma baixa literacia em saúde (BLS), se encontra outro composto por indivíduos mais literados, com maior nível de educação e rendimento, mas que apresentam níveis baixos nas suas competências cognitivas e sociais na tomada de melhores decisões em saúde, seja deles próprios ou de quem deles depende. Ficou assim registada, pela evidência dos que lidam direta e diariamente com a população, que estes públicos diferenciados, também, têm uma preocupante BLS. Considera-se, por isso, que os resultados obtidos podem acrescentar informação a outros estudos nacionais.

Embora o modelo ACP permita o desenvolvimento de uma relação terapêutica mais harmoniosa e eficaz, com o aumento da confiança e da consciência (cognitiva e emocional) de ambos os participantes, os profissionais de saúde assumem a responsabilidade como o lado forte da relação terapêutica, aquilo que disseram ser o *poder* da saúde ou os *transformadores* de pessoas.

Todos os médicos como os enfermeiros evidenciaram que é sua a maior responsabilidade na relação terapêutica, como *comandantes de uma relação que tem de chegar a bom porto* (adesão e os resultados em saúde), pela necessidade de garantirem que esses resultados extravasam a consulta (no dia-a-dia no processo de adesão terapêutica). A necessidade de *comando da relação*, sobretudo em indivíduos com BLS, implica, em termos comunicacionais, o respeito e a decisão partilhada (assertividade), a consciência do poder da simplicidade da linguagem em saúde (clareza) o reconhecimento da força da comunicação baseada na esperança e no comportamento positivo para a ação (positividade). Este profissional de saúde, dotado de um conjunto de competências-chave, alarga a sua esfera de intervenção e é, também, um educador para uma maior cidadania. Daí que estas competências de comunicação projetam uma maior garantia de melhores práticas em saúde e constituem um fator facilitador do seu trabalho e esforço diários. Pois conseguem, mais facilmente, que o paciente compreenda a mensagem e cumpra as instruções, um fator-chave para o sucesso em saúde.

O modelo ACP, aprovado pelos participantes, confirmado pelas autoperceções dos inquiridos e aclamado pelos entrevistados qualificados, combina as qualidades de um modelo concetual, que integra e descreve as dimensões dispersas na literatura das competências de assertividade, clareza e positividade, num modelo lógico e útil, mostrando um impacto na literacia em saúde, através da promoção da melhor compreensão do paciente. A utilização de um guião cognitivo (modelo ACP) – aprendido previamente com as técnicas subjacentes e o conceito humanista, positivo e relacional que lhe subjaz – permite desenvolver relações interpessoais mais equilibradas, controladas e eficientes, isto é, com menos erros e maior segurança.

Pensa-se, pelos resultados obtidos, que, através do seu uso efetivo, poderá apoiar a prática dos cuidados de saúde, a prevenção de doenças (alertando para os fatores de risco) e a promoção da saúde (determinantes da saúde), como ferramenta prática, útil e quase intuitiva (embora com necessidade de aprendizagem) no apoio a intervenções que visem melhorar a literacia em saúde individual e pública.

A considerarem-se passos futuros, foi elencado um conjunto de necessidades, sobretudo a que diz respeito a uma intervenção curricular urgente da educação em

saúde: é necessário ministrar conhecimentos de comunicação em saúde, assim como dotar de competências de comunicação os presentes e futuros profissionais de saúde. Evidencia-se uma preferência pela educação, que deve ser prévia, ao nível da graduação universitária, embora possa e deva ser reforçada com formação pós-graduada, que poderia evoluir no sentido de maior aperfeiçoamento das competências básicas de comunicação que, geralmente, são resultantes de *soft skills*, das aprendizagens quotidianas. Isto significa uma maior atenção ao tema da comunicação em saúde e à partilha de conhecimentos, não apenas com a academia, mas com os legisladores, com os responsáveis pelos currículos académicos, com as universidades e profissionais de saúde, dando preferência aos cursos de graduação, nos quais o tempo destina-se a educar futuros profissionais em múltiplas competências, clínicas e comunicacionais, além de outras.

Considera-se que será muito útil, em passos futuros de investigação, numa ambição circular de melhor comunicação e de espelho, dar a palavra aos pacientes, assim como testar o modelo ACP em experimentos sociais. Esta sugestão, apresentada num artigo que foi publicado, foi elogiada pelos revisores.

Pode, ainda, ser vista como uma oportunidade dinâmica, para os contributos nesta matéria, a circulação entre profissionais e alunos (entre outros), de um conjunto de artigos sobre comunicação, competências de comunicação, modelo ACP e literacia em saúde redigidos pela autora desta investigação, que podem ser consultados em várias publicações, das quais se realçam: 1) o *Manual de capacitação dos profissionais* (DGS, 2019), um projeto iniciado em 2016, da qual foi a principal autora e proponente; 2) o livro *literacia em saúde: modelos estratégias e intervenção* (ISPA, 2018) e o livro *literacia em saúde na prática* (ISPA, 2020), resultantes da pós-graduação em literacia em saúde: modelos, estratégias e intervenção (ISPA, 2017-2018); 3) diversos artigos de pendor científico e técnico em vários jornais e revistas portuguesas e internacionais (Europa e Estados Unidos). Por outro lado, a atividade académica da investigadora e a participação em vários congressos e jornadas, como oradora e *keynote speaker*, têm abonado a disseminação da importância da comunicação em saúde, do desenvolvimento das competências de comunicação em saúde e do modelo ACP, embora de uma forma empírica.

Entre as limitações ou dificuldades encontradas no decurso da investigação destacam-se: 1) a falta de participação nos FG de enfermeiros do género masculino. Este fenómeno pode ter ocorrido pelo fato de a taxa de feminização desta categoria profissional representar um total de quase 80% de indivíduos; 2) o atraso provocado na investigação, depois de ter havido uma alteração após o pré-projeto, quanto aos sujeitos a compor a amostra (para o inquérito), tendo transitado de uma análise aos pacientes, para a análise aos profissionais de saúde, que dificultou uma maior celeridade. De reportar que foi submetido à Faculdade de Psicologia e com aprovação da Comissão de Deontologia (RAPI-requerimento de aprovação de projeto de investigação – uma vez que o ISCSP não tinha CE) a autorização para a técnica de *role play*, que fazia parte das técnicas a usar para avaliar os pacientes; 3) o atraso de uma resposta favorável da ARSLVT (anexo 7) na aplicação da investigação aos médicos de MGF (que já havia autorizado o inquérito por questionário aos utentes dos cuidados de saúde primários); 4) o fato de a investigadora ter uma atividade profissional intensa, durante a investigação da tese, como dirigente de uma instituição e codiretora da pós-graduação em literacia em saúde desde 2017/2018, considerada uma barreira à disponibilidade que esta investigação exige.

Considera-se, por fim, que esta investigação traz um conjunto de contributos concetuais, teóricos, metodológicos, profissionais-práticos, sociais e académicos: 1) num nível concetual, os obtidos a partir da revisão da literatura e do diálogo entre autores, apresentando versões plurais dos conceitos-chave que assistem a investigação. Também se transcenderam para o nível empírico alguns conceitos, como o de relação terapêutica, o de competência; 2) num nível teórico, os advindos do cruzamento das teorias, como a teoria relacional, a teoria situacional dos públicos, a teoria situacional de resolução de problemas, a abordagem da persuasão, o modelo codificação-descodificação, a teoria social cognitiva, para a relação terapêutica. É uma inovação desta investigação a aplicação dos ensinamentos da abordagem dos públicos no contexto da relação terapêutica; 3) num nível metodológico, através da proposta de um instrumento de avaliação das competências dos profissionais de saúde – o questionário Q-COM-LIT –, que pode funcionar como espelho de outros instrumentos metodológicos usados (e.g. HLS-EU-PT) para avaliar o outro lado relacional, que é o paciente, e as suas

competências de literacia em saúde; 4) num nível profissional, os reunidos pela disponibilização de um modelo pragmático e holístico de comunicação, simples de entender e de fácil aplicação, podendo ser usado, num compromisso com resultados terapêuticos, como um guião prévio numa sequência de objetivos, respostas e efeitos; 5) num nível social, no benefício do desenvolvimento de um modelo de comunicação em saúde contribuidor de uma melhor literacia em saúde nas dimensões do acesso, compreensão e uso do paciente-cidadão; e 6) num nível académico, propõe-se e operacionaliza-se um modelo de comunicação em saúde (modelo ACP), passível de aprendizagem nas áreas da saúde e da comunicação, explorando a interdisciplinaridade de ambas, cruzando mais-valias e compondo uma visão mais integrada.

REFERÊNCIAS

Ahmed, R., & Bates, B. R. (2016). To accommodate, or not to accommodate: Exploring patient satisfaction with doctor's accommodative behavior during clinical encounter. *Journal of Communication in HealthCare*, 9, 22-32.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.

Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (2008). *Your perfect right: Assertiveness and equality in your life and relationships*. Atascadero, CA, USA: Impact Publishers.

Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (1973). *Comportamento assertivo: Um guia de autoexpressão*. Brasil: InterLivros.

Aldoory, L., Kim, J. N., & Tindall, N. (2010). The influence of perceived shared risk in crisis communication: Elaborating the situational theory of publics. *Public Relations Review*, 36, 134-140.

Ali, M. (2018). Communication skills 3: Non-verbal communication. *Nursing Times*, 114(2), 41-42.

Alicke, M. D., & Govorun, O. (2005). The better than average effect. In M. D. Alicke, D. A. Dunning & J. J. Kruger (Eds.), *The self-social judgement* (pp. 85-106). New York: Psychology Press.

Almeida, C. V. (2018). Literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde. O lado mais forte da balança. In C. Lopes & C.V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e Intervenção* (pp. 33-42). Lisboa: ISPA.

Altin, S. V., & Stock, S. S. (2016). The impact of health literacy, patient centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices. *BMC Health Services Research*, 16(450), 1-10.

American Association of Critical Care Nurses-AACN. (2020). *AACN Standards for establishing and sustaining healthy work environments*. Disponível em: <https://www.aacn.org/nursing-excellence/standards/aacn-standards-for-establishing-and-sustaining-healthy-work-environments>

American Hospital Association. (2003). The patient care partnership: Understanding expectations, rights and responsibilities. Disponível em: http://wwwahaorg/content/00-10/pcp_english_030730.pdf

American Medical Association-Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. (1999). Health literacy (Report of the Council on Scientific Affairs). *JAMA*, 281, 552-557.

Ammentorp, J., Mainz, J., & Sabroe, S. (2005). Parents' priorities and satisfaction with acute pediatric care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159(2). <https://doi.org/10.1001/archpedi.159.2.127>

Andrews, D., Nonnecke, B., & Preece, J. (2003). Electronic survey methodology: A case study in reaching hard to involve Internet users. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 16(2), 185-210.

Argyle, M., Salter, V., Nicholson, H., Williams, M., & Burgess, P. (1970). The communication of inferior and superior attitudes by verbal and non-verbal signals. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(3), 222-231. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1970.tb00668.x>

Argyle, M. (1994). *The psychology of interpersonal behaviour*. Harmondsworth: Penguin.

Aspegren, K. & Lønberg-Madsen, P. (2005). Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? *Medical Teacher*, 27(6), 539–543.

Association of Schools, & Programs of Public Health. (2018). *Health promotion communication*. Disponível em: <https://www.aspph.org/study/health-promotion-communication/>

Australian Medical Association-AMA. (2017). *General practice in primary health care 2016*. Disponível em: <https://ama.com.au/position-statement/general-practice-primary-health-care-2016>

Bach, S., & Grant, A. (2009). *Communication and interpersonal skills for nurses*. Southernhay East: Learning Matters.

Backes, D. S., Backes, M. S., Sousa, F. G. M., & Erdmann, A. L. (2008). O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: A visão de profissionais. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7(3), 319-326.

Bailey, A., & Hutter, I. (2006). Cultural heuristics in risk assessment of HIV/AIDS. *Culture, Health & Sexuality*, 8(5), 465-477.

Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D., ... Peel, J. (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*, 92(8), 127-1283. <https://doi.org/10.2105/ajph.92.8.1278>

Baker, D. W., Parker, R. M., & Williams, M. V. (1996). The health care experience of patients with low literacy. *Archives of Family Medicine*, 5, 329-334.

Bandura, A. (1963). *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1992). *Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism*. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 3–38). Hemisphere Publishing Corp.

Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychology*, 28, 117-148.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V.S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). NY: Academic Press.

Bandura, A. (Ed.). (1999). *Self-efficacy in changing societies*. NY: Cambridge University Press.

Barnlund, D. C. (1970). A transactional model of communication. In J. Akin, A. Goldberg, G. Myers & J. Stewart (Eds.), *Language behavior: A book of readings in communication* (pp. 47-57). Paris: Mouton.

Bass, M. J., Buck, C., Turner, L., Dickie, G., Pratt, G., & Robinson, H. C. (1986). The physician's actions and the outcome of illness in family practice. *The Journal of family practice*, 23(1), 43-47.

Bass, P. F., Wilson, J. F., Griffith, C. H., & Barnett, D. R. (2002). Residents' ability to identify patients with poor literacy skills. *Academic Medicine*, 77(10), 1039-1041.

Bauchat, J. R., Seropian, M., & Jeffries, P. R. (2016). Communication and empathy in the patient-centered care model: Why simulation-based training is not optional. *Clinical Simulation in Nursing*, 12, 356-359.

Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo consensus statement. *Academy Medicine*, 76, 390-393.

Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.

Beck, C. S., Ragan, S. L., & Dupre, A. (1997). *Partnership for health: Building relationships between women and health caregivers*. NY: Routledge.

Becker, M. (1974). The health belief model and personal health behaviour. *Health Education Monographs*, 2(4), 409-419.

Beckman, H. B., Wendland, M., Mooney, C., Krasner, M. S., Quill, T. E., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2012). The impact of a program in mindful communication on primary care physicians. *Academic Medicine*, 87, 815-819.

Belim C., & Vaz de Almeida, C. (2018a). Communication competences are the key! A model of communication for the health professional to optimize the health literacy: Assertiveness, clear language and positivity. *Journal of Healthcare Communications*, 3(31). <https://doi.org/10.4172/2472-1654.100141>

Belim, C., & Vaz de Almeida, C. (2018b). Healthy thanks to communication: A model of communication competences to optimize health literacy: Assertiveness, clear language, and positivity. In V. E. Papalois & M. Theodosopoulos (Eds.), *Optimizing health literacy for improved clinical practices* (pp. 124-152). Hershey, PA: IGI Global.

Benavente, A. (Coords.), Rosa, A., Costa, A. F., & Ávila, P. (1996). *A literacia em Portugal: Resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Benner, P. (1982). From novice to expert author(s). *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407.

Bens, E. de., Golging, P., & McQuail, D. (2005). *Communication theory & research*. NY: Sage.

Benson, B. J. (2014). Domain of competence: Interpersonal and communication skills. *Academic Pediatrics*, 14, S55-S65.

Berlo, D. K. (1960). *The process of communication: An introduction to theory and practice*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Berlo, D. K. (1977). Communication as process: Review and commentary. *Annals of the International Communication Association*, 1(1), 11-27.

Berlo, D. K., & Gulley, H. E. (1957) Some determinants of the effect of oral communication in producing attitude change and learning. *Speech Monographs*, 24(1)10-20. <https://doi.org/10.1080/03637755709375192>

Berman, A. C., & Chutka, D. S. (2016). Assessing effective physician-patient communication skills: "Are you listening to me, doc?". *Korean Journal of Medical Education*, 28(2), 243-249.

Berry D. (2007). *Health communication: Theory and practice*. Berkshire: Open University Press.

- Bertalanffy, L. (1975). *Teoria geral dos sistemas*. Petrópolis: Vozes.
- Bertakis, K. D. (1977). The communication of information from physician to patient: A method for increasing patient retention and satisfaction. *Journal of Family Practice*, 5(2), 217-222.
- Bircher, J. (2005). Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8, 335-341.
- Bittner, A., Jonietz, J., Bittner, J., Beickert, L., & Harendza, S. (2015). Translating medical documents into plain language enhances communication skills in medical students: A pilot study. *Patient Education & Counseling*, 98(9), 1137-1141.
- Bloom, B. (1956). *Taxonomy of educational objectives: The cognitive domain*. New York: David McKay.
- Bortree, D. S. (2015). Motivations of publics: The power of antecedents in the volunteer-nonprofit organization relationship. In E. J. Ki, J. N. Kim, J. A. Ledingham (Eds.), *Public relations as relationship management: A relational approach to the study and practice of public relations* (pp. 144-158). Routledge.
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Thousand Oaks: Sage.
- Brega, A. G., Freedman, M. A. G., LeBlanc, W. G., Barnard, J., Mabachi, N. M., Cifuentes, M., Albright, K., Weiss, B. D., Brach, C., & West, D. R. (2015). Using the health literacy universal precautions toolkit to improve the quality of patient materials. *Journal of Health Communication*, 20(2), 69-76.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531.
- Brook, R. & Servátka, M. (2016). The anticipatory effect of nonverbal communication. *Economics Letters*, 144, 45-48.
- Bruning, S. D., & Ledingham, J. A. (1998). Organization-public relationships and consumer satisfaction: The role of relationships in satisfaction mix. *Communication Research Reports*, 15(2), 198-208.
- Bruning, S. D., & Ledingham, J. A. (2002). Identifying the communication, behaviors, and interaction patterns of agency-client relationships in development and decline. *Journal of Promotion Management*, 8(2), 21-34.
- Bryman, A. (2006). Integrating quantitative and qualitative research: How is it done? *Qualitative Research*, 6(1), 97-113. <https://doi.org/10.1177/1468794106058877>
- Bryman, A. (2012). *Social research methods*. NY: Oxford University Press.
- Burgoon, J. K., & Hale, J. L. (1988). Nonverbal expectancy violations: Model elaboration and application to immediacy behaviors. *Communication Monographs*, 55, 58-79.
- Burgoon, J. K., Guerrero, L. K., & Kory, F. (2016). *Nonverbal communication*. NY: Routledge.
- Burgoon, J. K., Ster, L. A. S., & Dillman, L. (1995). *Interpersonal adaptation*. Cambridge: University Press.
- Burnard, P. (1992). *Effective communication skills for health professionals*. Hong-Kong: Springer.
- Cameron, K. A. (2009). A practitioner's guide to persuasion: An overview of 15 selected persuasion theories, models and frameworks. *Patient Education & Counseling*, 74, 309-317.

Cameron, K. A. (2013). Advancing Equity in clinical preventive services: The role of health communication. *Journal of Communication*, 63, 31-50.

Castro, C., Wilson, C., Wang, F., & Schillinger, D. (2007). Babel babble: Physicians use of unclarified medical jargon with patients. *Journal Health Behaviour*, 7(31), S85-S95.

Cegala, D. J., & Post, D. M. (2009). The impact of patients' participation on physicians' patient-centered communication. *Patient Education & Counseling*, 77, 202-208.

Cegala, D. J., McNeelis, K. S., & McGee, D. S. (1995). A study of doctors and patients' perceptions of information processing and communication competence during the medical interview. *Health Communication*, 7(3), 179-203.

Cegala, D. J. (2003). Patient communication skills training: A review with implications for cancer patients. *Patient Education & Counseling*, 50, 91-94.

Cegala, D. J. (2011). An exploration of factors promoting patient participation in primary care medical interviews. *Health Communication*, 26, 427-436.

Cegala, D. J., Coleman, M. T., & Turner, J. W. (1998). The development and partial assessment of the medical communication competence scale. *Health Communication*, 10(3), 261-288.

Charrow, V. R., & Erhardt, M. K. (2007). *Clear & effective legal writing*. NY: Aspen Publishers.

Chew, L. D., Bradley, K. A., & Boyko, E. J. (2004). Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Family medicine*, 36(8), 588-594.

Chinn, D. A., & McCarthy, C. (2012). All aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): Developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings. *Patient Education & Counseling*, 90(2), 247-253. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.10.019>

Choundry, F. R., Ming, L. C., Munawar, K., Zaidi, S. T. R., Patel, R. P., Khan, T. M., & Elmer, S. (2019). Health literacy studies conducted in Australia: A scoping review. *Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(1112), 1-32.

Chwe, M. (2001). *Rational ritual: Culture coordination and common knowledge*. Princeton: Princeton University Press.

Cialdini, R. (2018). *Pre-suasão. A influência começa ainda antes da primeira palavra*. Barcarena: Marcador.

Clement, J. (2019). Facebook: Number of monthly active users worldwide 2008-2020. Disponível em: <https://www.statista.com/statistics/264810/number-of-monthly-active-facebook-users-worldwide/>

Cobley, P., & Shulz, P. J. (2013). *Theories and models of communication*. Germany: De Gruyter Mouton.

Constantino, R. E., Crane, P. A., & Young, S. E. (2013). *Forensic nursing: Evidence-based principles and practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Coombs, M., Ersner S. J. (2004). Medical hegemony in decision-making: A barrier to interdisciplinary working in intensive care? *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 245-252.

Corbin, C. B., McConnell K. E., Le Masurier G. C., Corbin D. E., & Farrar T. D. (2014). *Health opportunities through physical education*. Leeds: Human Kinetics.

Corcoran N. (Ed.). (2007). Communicating health: Strategies for health promotion. *Journal of Health Communication*, 13(3), 303-305. <https://doi.org/10.1080/10810730801985509>

Crane, J. A. (1997). Patient comprehension of doctor patient communication on discharge from the emergency department. *Journal Emergency Medicine*, 15(1), 1-7.

Crano, W. D., & Siegel, J. T. (2017). Social signals and persuasion. In J. K. Burgoon, N. Magnenat-Thalmann, M. Pantic & A. Vinciarelli (Eds.), *Social signal processing* (pp. 97-109). Cambridge: Cambridge University Press.

Creswell, J. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed method approaches*. New Delhi: Sage.

Cupach, W. R., & Spitzberg, B. H. (Eds.). (1994). *The dark side of interpersonal communication*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Cushman, D. P. & Craig, R. T. (1976). Communication systems: Interpersonal implications. In G. R. Miller (Ed.), *Explorations in interpersonal communication*. Beverly Hills: Sage.

Dance, F. E. X. (1970). The “concept” of communication. *The Journal of Communication*, 20, 201-210.

Davenport, S., Goldberg, D., & Millar, T. (1987). How psychiatric disorders are missing during medical consultations. *Lancet*, 22, 439-441.

Davis, T., & Wolf, M. S. (2004). Health literacy: Implications for family medicine. *Family Medicine*, 36(8), 595-598.

Deese, J. (1969). Conceptual categories in the study of content. In Dewey, J. (1927). *The public and its problems*. Chicago: Swallow Press. **DUAS DATAS DIFERENTES**

Department for Business, Innovation and Skills. (2012). *The 2011 skills for life survey: A survey of literacy, numeracy and ICT levels in England* (BIS research paper number 81). Disponível em: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/36000/12-p168-2011-skills-for-life-survey.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano nacional de saúde. Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2019a). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (Ed.). (2019b). *Manual de boas práticas literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde*. Lisboa: DGS.

Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., & Kleijnen J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. *Lancet*, 357, 757-762.

Dickens, C., Lambert, B. L., Cromwell, T., & Piano, M. R. (2013). Nurse overestimation of patients’ health literacy. *Journal of Health Communication*, 18, 62-69.

Dickson-Markman F. & Shern D. L. (1990). Social support and health in the elderly. *Journal of Applied Communication Research*, 18(1), 49-63. <https://doi.org/10.1080/00909889009360314>

Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Applied Research in Quality of Life*, 1(2), 151–157.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.

DiMatteo, M. R., Haskard-Zolnierrek, K. B., & Martin, L. R. (2012). Improving patient adherence: A three-factor model to guide practice. *Health Psychology Review*, 6, 74-91.

Doak, C. C., Doak, L. G., & Root, J. H. (1996). *Teaching patients with low literacy*. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.

Dougherty, M., & Larson, E. (2005). A review of instruments measuring nurse-physician collaboration. *Journal of Nursing Administration*, 35(5), 244-253.

Doyle, G., Cafferkey, K., & Fullam, J. (2012). *The European health literacy survey: Results from Ireland* (HLS-EU). Dublin: National Adult Literacy Agency.

Droge, D., Arnston, P., & Norton, R. (1986). The social support function in epilepsy self-help groups. *Small Group Behavior*, 17(2), 139-163. <https://doi.org/10.1177/104649648601700202>.

Duldt, B. W., Giffin, K., & Patton, R. (1983). *Interpersonal communication in nursing: A humanistic approach*. Philadelphia: F.A. Davis.

Dyche, L. (2007). Interpersonal skill in medicine: The essential partner of verbal communication. *Journal of General Internal Medicine*, 22(7), 1035-1039.

Eaves, M. H., & Leathers, D. (2017). *Successful nonverbal communication: Principles and applications*. New York: Routledge.

Edwards, J. R. (2001). Multidimensional constructs in organizational behavior research: An integrative analytical framework. *Organizational Research Methods*, 4(2), 141-192.

Egbert, L. E., Battit G. E., Welch C. E., & Bartlett M. (1964). Reduction of postoperative pain by encouragement and instructions of patients. A study of doctor-patient rapport. *New England Journal Medicine*, 270, 825-827.

Egener, B., & Cole-Kelly, K. (2004). Satisfying the patient but failing the test. *Academic Medicine*, 79(6), 508-510.

Eiró-Gomes, M., & Atouguia, J. (2012). Consulta do viajante, ou onde a comunicação para a saúde se encontra com a comunicação “na” saúde. *Anais IHMT*, 11, 106-109.

Ekman, P. (1999). Facial expressions. In T. Dalgleish & M. J. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 301-320). New York: John Wiley & Sons.

Elwin, G., Coulter, A., Laitner, S., Walker, E., Watson, P., & Thompson, R. (2010). Implementing shared decision-making in the NHS. *BMJ*, 341(31), 971-975.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

Engel, G. L. (1978). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Annals of the New York Academy Science*, 310, 169-181.

Engel, G. L. (1981). The clinical application of the biopsychosocial model. *Journal of Medicine and Philosophy*, 6, 101-123.

Enk, P., Benedetti, F., & Schedlowski, M. (2008). New insights into placebo and nocebo responses. *Neuron*, 59, 195-206.

Epstein, R. M., & Street, R. L. Jr (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*, 9(2), 100-103.

Epstein, R. M., & Street, R.L. Jr. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering*. Bethesda: National Cancer Institute.

Epstein, R. M., Franks, P., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Miller, K. N., Campbell, T. N. (2005). Patient-centered communication and diagnosis testing. *Annals of Family Medicine*, 3(5), 415-421.

Erchul, W. P. (1993). Selected interpersonal perspectives in consultation research. *School Psychology Quarterly*, 8(1), 38-49. <https://doi.org/10.1037/h0088830>

Espanha, R., & Ávila, P. (2016). Health literacy survey Portugal: A contribution for the knowledge on health and communications. *Procedia Computer Science*, 100, 1033-1041. <https://10.1016/j.procs.2016.09.277>

Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. M. (2016). *A literacia em saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Eurostat. (2020). *The EU in the world. Population*. Disponível em: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=The_EU_in_the_world_-_population

Fávero, L. P., & Belfiore, P. (2017). *Manual de análise de dados: Estatística e modelagem multivariada com Excel, SPSS e Stata*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Ferguson, M. A. (2018). Building theory in public relations: Interorganizational relationships as a public relations paradigm. *Journal of Public Relations Research*, 30(4), 164-178. <https://doi.org/10.1080/1062726X.2018.1514810>.

Ferreira, P. L., Raposo, V. M., Pisco, L. (2017). A voz dos utilizadores dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 747-758.

Finset, A., & Mjaaland, T. A. (2009). The medical consultation viewed as a value chain: A neurobehavioral approach to emotion in doctor-patient interaction. *Patient Education & Counseling*, 74, 323-330.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading: Addison-Wesley.

Flynn, T. (2014). Do they have what it takes? A review of the literature on knowledge, competencies, and skills necessary for twenty-first-century public relations practitioners in Canada. *Canadian Journal of Communication*, 39, 361-384.

Fourie, P. J. (2016). Functionalism. In *The international encyclopedia of communication theory and philosophy* (1-8). New Jersey: John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118766804.wbiect049>

Fowler, J. H., & Christakis, N. A. (2008). Dynamic spread of happiness in a large social network: Longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study. *BMJ*, 337. <https://doi.org/10.1136/bmj.a2338>

Frankel, R. M., & Stein, T. (1999). Getting the most out of the clinical encounter: The four habits model. *The Permanente Journal*, 3(3), 79-88. <https://doi.org/10.7812/TPP/99-020>

Fries, J. F. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine*, 303(3), 130-135.

Gałąjda, D. (2017). *Communicative behaviour of a language learner, second language learning and teaching*. Poland: Springer.

Gauderer, C. (1998). *Os direitos do paciente*. Belém: Editora DP&A.

Gazmararian, J. A., Cunanan, J. W., Parker, R. M., Berhardt, J. M., & DeBuono, B. A. (2005). Public health literacy in America: An ethical imperative. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(3), 317-322.

George, D. R., Rovniak, L. S. & Kraschnewski, J. L. (2013). Dangers and opportunities for social media in medicine. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 56(3), 1-10. <https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e318297dc38>

Giddens, A. (1979). *Central problems in social theory: Action, structure, and contradiction in social analysis*. Berkeley: University of California Press.

Goffman, E. (1967). *Interaction ritual: Essays in face-to-face behavior*. Chicago: Aldine Pub.

Goldfarb, A., & Prince, J. (2008). Internet adoption and usage patterns are different: Implications for the digital divide. *Information Economics and Policy*, 20(1), 2-15.

Goleman, D. (1999). *Estruturas da mente: A teoria das inteligências múltiplas*. São Paulo: Graffex.

Goode, T. D., Dunne, M. C., & Bronheim, S. M. (2006). *The evidence base for cultural and linguistic competency in health care*. New York: Commonwealth Fund.

Gottlieb, B. (Ed.). (1981). *Social networks and social support*. Beverly Hills: Sage.

Greenfield, S., Kaplan, S., & Ware, J. E. (1985). Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Annals of internal medicine*, 102(4), 520-528. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-102-4-520>

Greenhalgh, T., & Heath, I. (2010). *Measuring quality in the therapeutic relationship. An Inquiry into the quality of general practice in England*. UK: The King's Fund.

Greenwald, A. G. (1968). Cognitive learning, cognitive responses to persuasion and attitude change. In A. G. Greenwald, T. C. Brock & T. M. Ostrom (Eds.), *Psychological foundations of attitudes* (pp. 147-170). New York: Academic Press.

Gregory, A. (2008). Competencies of senior communication practitioners in the UK: An initial study. *Public Relations Review*, 34(3), 215-223.

Grinker, R. R. (1956). *Toward a unified theory of human behaviour*. Disponível em: <http://jeesusjalutasallveelaeval.blogspot.com/2015/12/toward-unified-theory-of-human-behavior.html#ruesch1956a>

Grunig, J. E. (1993). Public relations and international affairs: Effects, ethics, and responsibility. *Journal of International Affairs*, 47(1), 137-162.

Grunig, J. E., & Hunt, T. (1984). *Managing public relations*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Grunig, J. E. (1997). A situational theory of publics: Conceptual history, recent challenges and new research. In D. Moss, T. MacManus & D. Verčič (Eds.), *Public relations research: An international perspective* (pp. 3-48). London: International Thomson Business Press.

Grunig, L. A., Grunig, J. E., & Ehling, W. P. (1992). What is an effective organization? In J. E. Grunig (Ed.), *Excellent public relations and communication management* (pp. 65-90). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Ha, J. F., Anat, D. S., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: A review. *The Ochsner Journal*, 10, 38-43.

Hall, J. A., Horgan, T. G., Stein, T. S., & Roter, D. L. (2002). Liking in the physician-patient relationship. *Patient Education & Counseling*, 48(1), 69-77. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00071-x](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00071-x)

Hall, S. (1980). Encoding/decoding. In S. Hall, D. Hobson, A. Lowe & P. Willis (Eds.), *Culture, media, language: Working papers in cultural studies* (pp. 128-138). London: Hutchinson.

Hallahan, K. (2000). Inactive publics: The forgotten publics in public relations. *Public Relations Review*, 26(4), 499-515.

Hardin, C., & Banaji, M. R. (1993). The influence of language on thought. *Social Cognition*, 11(3), 277-308. <https://doi.org/10.1521/soco.1993.11.3.277>

Hargie, O. (2011). *Skilled interpersonal communication: Research, theory and practice*. London: Routledge.

Hargie, O., & Dickson, D. (2004). *Skilled interpersonal communication research: Theory and practice*. London: Routledge.

Harrington, J., Noble, L. M., & Newman, S. P. (2004). Improving patient's participation with doctors: A systematic review of intervention studies. *Patient Education & Counseling*, 52(1), 7-16.

Harrington, K. F., & Valerio, M. A. (2014). A conceptual model of verbal exchange health literacy. *Patient Education & Counseling*, 94(3), 403-410.

Heath, R. H. (2018). Functionalism. In R. L. Heath & W. Johansen (Eds.), *The international encyclopedia of strategic communication* (pp. 1-11). New Jersey: John Wiley & Sons.

Heath, R. L. & Vasquez, G. M. (2001). *Handbook of public relations*. Thousand Oaks: Sage.

Henbest, R. J., & Stewart, M. A. (1990). Patient-centredness in the consultation: 2. Does it really make a difference. *Family Practice*, 7, 28-33.

Henning-Stout, M. (1993). Theoretical and empirical bases of consultation. In J. E. Zins, T. R. Kratochwill, & S. N. Elliott (Eds.), *Handbook of consultation services for children: Applications in educational and clinical settings* (p. 15-45). San Francisco: Jossey-Bass.

Hibbard, J., & Gilbert, H. (2014). *Supporting people to manage their health: An introduction to patient activation*. London: King's Fund.

Hironaka, L. K., & Paasche-Orlow, M. K. (2008). The implications of health literacy on patient-provider communication. *Archives of Disease in Childhood*, 93(5), 428-432. <https://doi.org/10.1136/adc.2007.131516>

Ho, H. K. (2008). *Development of the integrated communication model*. (Unpublished). Taiwan: Nanhua University.

Holmes, J. G., & Rempel, J. K. (1989). Trust in close relationships. In C. Hendrick (Ed.), *Close relationships* (pp. 187-220). Newbury Park: Sage.

Hon, L. C., & Grunig, J. E. (1999). *Guidelines for measuring relationships in public relations*. Florida: Institute for Public Relations.

Hovland, C., & Weiss, W. (1951). The Influence of source credibility on communication effectiveness. *Public Opinion Quarterly*, 15, 635-650.

Hovland, C., Janis, I., & Kelley, H. (1953). *Communication and persuasion*. New Haven: Yale University Press.

Howard, T., Jacobson, K.L., & Kripalani, S. (2013). Doctor talk: Physicians' use of clear verbal communication. *Journal of Health Communication*, 18(8), 991–1001. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.757398>

Howick, J., Moscrop, A., Mebius, A., Fanshawe, T. R., Lewith, G., Bishop, F. L., Mistiaen, P., Roberts, N. W., Dieninytė, E., Hu, X. Y., Aveyard, P., & Onakpoya, I. J. (2018). Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*; 111(7) 240-252. <https://doi.org/10.1177/0141076818769477>

Hughes, J. N. (1992). Social psychology foundations of consultation. In F. J. Medway e T. P. Cafferty (Eds.), *School psychology: A social psychological perspective* (pp. 269-303). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

Hulsman, R. L. (2009). Shifting goals in medical communication. Determinants of goal detection and response formation. *Patient Education & Counseling*, 74(3), 302–308.

Hulsman, R. L., & Visser, A. (2013). Seven challenges in communication training: Learning from research. *Patient Education and Counseling*, 90, 145-146.

Hunt, T., & Grunig, J. E. (1994). *Public relations techniques*. Texas: Harcourt Brace College Publishers.

Influencer Marketing Hub. (2019). *75+ social media sites you need to know in 2020*. Disponível em: <https://influencemarketinghub.com/top-social-media-sites/>

Instituto Nacional de Estatística. (2016). *Inquérito nacional de saúde 2014*. Lisboa: INE.

Institute of Medicine. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington: National Academies Press.

Ishikawa, H., & Kiuchi, T. (2010). Health literacy and health communication. *Biopsychosocial Medicine*, 4(18), 1-5.

Ishikawa, H., Hashimoto, H., & Kiuchi, T. (2013). The evolving concept of “patient-centredness” in patient-physician communication research. *Social Science & Medicine*, 96, 147-153.

Jackson, L. D. (1992). Information complexity and medical communication: The effects of technical language and amount of information in a medical message. *Health Communication*, 4(3), 197-210.

Jakobson, R. (2001). *Linguística e comunicação*. São Paulo: Cultrix.

Jakobson, R., & Halle, M. (1956). *Fundamentals of language*. Netherlands: Mouton & Co.

Jones, W. H., Hobbs, S. A., & Hockenbury, D. (1982). Loneliness and social skill deficits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(4), 682-689.

Kahneman, D. (2012). *Pensar depressa e devagar*. Maia: Círculo de Leitores.

Kaplan, C. B., Siegel, B., Madill, J. M., & Epstein, R. (1997). Communication and the medical interview. *Journal General Internal Medicine*, 12, S49-S55.

Katz, E., & Lazarsfeld, P. (1955). *Personal influence: The part played by people in the flow of mass communication*. Scotland: Free Press.

Katz, M. G., Jacobson, T. A., Veledar, E., & Kripalani, S. (2007). Patient literacy and question-asking behavior in the medicine encounter: A mixed methods analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 22(6), 782-786.

Keller, D. B., Sarkar, U., & Schillinger, D. (2014). Health literacy and information exchange in medical settings. In Martin, L. R. & DiMatteo, M. R. (Eds.), *The Oxford*

handbook of health communication, behavior change and treatment adherence (pp. 23-37). New York: Oxford University Press.

Keller, V. F., & Carroll, J. G. (1994). A new model for physician-patient communication. *Patient Education & Counseling*, 23, 131-140.

Keyes, M. A. (2008). The shift toward performance and tools. In K. Henriksen, J. B. Battles, M. A. Keyes & M. L. Grady (Eds.), *Advances in patient safety: New directions and alternative approaches*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.

Kickbusch, I. (2001). Health literacy: Addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16(3), 289-297.

Kickbusch, I. (2008). Health literacy: An essential skill for the twenty-first century. *Health Education*, 108(2), 101-104.

Kickbusch, I., & Maag, D. (2008). Health Literacy. In K. Heggenhougen & S. Quah (Eds.). *International encyclopedia of public health*, 3 (pp. 204-211). San Diego: Academic Press.

Kickbusch, I., Pelikan, J., M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (Eds.). (2013). *Health literacy: The solid facts*. Copenhagen: WHO. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf

Kim, J. N., Ni, L., Kim, S. L., & Kim, J. R. (2012): What makes people hot? Applying the situational theory of problem solving to hot-issue publics. *Journal of Public Relations Research*, 24(2), 144-164.

Kim, J. N., & Grunig, J. E. (2011). Problem solving and communicative action: A situational theory of problem solving. *Journal of Communication*, 61, 120-149.

Kim, Y. (2001). Searching for the organization's public relationships. A valid and reliable instrument. *Journalism and Mass Communication Quarterly*, 78, 799-815.

Knapp, M. L., & Hall J. A. (2010). *Nonverbal communication in human interaction*. Wadsworth: Cengage Learning.

Knapp, P., Raynor, D. K., Thistlethwaite, J. E., & Jones, M. B. (2009). A questionnaire to measure health practitioners attitudes to partnership in medicine taking: LATCon II. *Health Expectations*, 12(2), 175-186.

Koh, H. K. (2010). Foreword. In U.S. Department of Health and Human Services. *National action plan to improve health literacy* (pp. iii-iv). Washington: U.S. Department of Health and Human Services.

Kottke, T. E., Stiefel, M., & Pronk, N. P. (2016). Well-being in all policies: Promoting cross-sectoral collaboration to improve people's lives. *Preventing Chronic Disease*, 13(S52), 1-7. <https://doi.org/10.5888/pcd13.160155>.

Kreps, G. L. (1988). Relational communication in health care. *Southern Speech Communication Journal*, 53, 344-359.

Kreps, G. L. (1996). Promoting a consumer orientation to health care and health promotion. *Journal of Health Psychology*, 1(1), 41-48.

Kreps, G. L. (2001). The evolution and advancement of health communication inquiry. *Annals of the International Communication Association*, 24(1), 231-253. <https://doi.org/10.1080/23808985.2001.11678988>

Kreps, G. L. (2009). Applying Weick's Model of organizing to health care and health promotion: Highlighting the central role of health communication. *Patient Education & Counseling*, 74, 347- 355.

Kripalani, S., & Weiss, B. D. (2006). Teaching about health literacy and clear communication. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 888-890.

Kripalani, S., Bentgtzen, R., Henderson, L. E., & Jacobson, T. A. (2008). Clinical research in low literacy population: Using teach back to assess comprehension on informed consent and privacy information. *Ethics and Human Research*, 30(2), 13-19.

Kruckeberg, D., & Starck, K. (1988). *Public relations and community: A reconstructed theory*. New York: Praeger.

Kurtz, S. M., Silverman, J. D., & Draper, J. (1998). *Teaching and learning communication skills in medicine*. Oxford: Radcliffe Medical Press.

Lalonde, M. (1981). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Information Canada.

Lambert, S. D., & Loiselle, C. G. (2007). Health information-seeking behavior. *Qualitative Health Research*, 17, 1006-1019. <https://doi.org/10.1177/1049732307305199>

Lasswell, H. D. (1948). The structure and function of communication in society. In L. Bryson (Ed.), *The communication of ideas* (pp. 215-228). New York: Harper and Brothers.

Lauchman, R. (2001). Plain language: A handbook for writers. Rockville: Lauchman Group. Disponível em: <http://www.lauchmangroup.com/PDFfiles/PLHandbook.PDF>

Laureano, R. (2011). *Testes de hipóteses com o SPSS: O meu manual de consulta rápida*. Lisboa: Sílabo.

Laverack, G. (2007). *Health promotion practice. Building empowered communities*. London: Open University Press.

Lazarus, A. A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, A. A. (1973). On assertive behavior: A brief note. *Behavior Therapy*, 4(5), 697-699. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(73\)80161-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(73)80161-3)

lbrecht, T., & Adelman, M. (1984). Social support and life stress: New directions for communication research. *Human Communication Research*, 11, 3-3.

Leavell, H., & Clark, E. G. (1976). *Medicina preventiva*. São Paulo: Mcgraw-Hill.

Ledingham, J. (2015). Managing relationship management: A holistic approach. In E. J. Ki, J. N. Kim & J. A. Ledingham (Eds). *Public relations as relationship management: A relational approach to the study and practice of public relations* (pp. 46-60). Abingdon: Routledge.

Ledingham, J. A. (2001). Government-community relationships: Extending the relational theory of public relations. *Public Relations Review*, 27(3), 285–295. [https://doi.org/10.1016/S0363-8111\(01\)00087-X](https://doi.org/10.1016/S0363-8111(01)00087-X)

Ledingham, J. A. (2003). Explicating relationship management as a general theory of public relations. *Journal of Public Relations Research*, 15(2), 181-198.

Ledingham, J. A. (2009). A chronology of organization stakeholder relationships with recommendation concerning practitioner adoption of the relational perspective. *Journal of Promotion Management*, 14(39), 243-262.

Ledingham, J. A., & Bruning, S. D. (1998). Relationship management in public relations: Dimensions of an organization-public relationship. *Public Relations Review*, 24(1), 55-65.

- Legard, R., Keegan, J., & Ward, K. (2003). In-depth interviews. In J. Ritchie & J. Lewis (Eds.), *Qualitative research practice* (pp. 138-169). London: Sage.
- Leininger, M. (1968). Cultural differences among staff members and the impact on patient care. *Minnesota League of Nursing Bulletin*, 16(5), 5-9.
- Leininger, M. (1997). Overview of the theory of culture care with the ethnonursing research method. *Journal of Transcultural Nursing*, 8 (2). 32-52.
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality Safe health*, 13(1), i85-i90. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.0110033>
- Leventhal, H., & Cameron, L. (1987). Behavioral theory and the problem of compliance. *Patient Education & Counseling*, 10, 117-138.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Schaefer, P. M. (1992). Vigilant coping and health behavior. In M. G. Ory, R. P. Abeles, & P. D. Lipman (Eds.), *Aging, health, and behavior* (pp. 109-140). Thousand Oaks: Sage.
- Levinson, W., Kao, A., Kuby, A., & Thisted, R. A. (2005). Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 531-535.
- Levinson, W., Lesser, C. S., & Epstein, R. M. (2010). Developing physician communication skills for patients-centered care. *Health Affairs*, 29(7), 1310-1318. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0450>
- Levinson, W., Roter, D.L., Mulloly, J. P., Dull, V. T., & Frankel, R. M. (1997). Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*, 277(7), 553-559.
- Ley, P. (1979). Memory for medical information. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 245-256.
- Ley, P. (1988). Communicating with patients: Improving communication, satisfaction and compliance. Croom Helm.
- Ley, P. (1989). Improving patients' understanding, recall, satisfaction and compliance. In A. Broome & S. P. Llewelyn (Eds.), *Health psychology. Process and applications* (pp. 75-98). London: Chapman & Hall.
- Light, J., & McNaughton, D. (2014). Communicative competence for individuals who require augmentative and alternative communication: A new definition for a new era of communication? *Augmentative and Alternative Communication*, 30, 1-18. <https://doi.org/10.3109/07434618.2014.885080>
- Lindquist, K. A., MacCormack, J. K., & Shablack, H. (2015). The role of language in emotion: Predictions from psychological constructionism. *Frontiers in Psychology*, 6(444), <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00444>
- Littlejohn, S. W. (1982). *Fundamentos teóricos da comunicação humana*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Littlejohn, S. W., & Foss, K. A. (Eds.). (2009). *Encyclopedia of communication theory*. Thousand Oaks: Sage.
- Lizarraga, M. L., Ugarte, M. D., Cardelle-Elawar, M., Iriarte, M. D., & Baquedano, M. T. (2003). Enhancement of self-regulation, assertiveness, and empathy. *Learning and Instruction*, 13(4), 423-439. [https://doi.org/10.1016/s0959-4752\(02\)00026-9](https://doi.org/10.1016/s0959-4752(02)00026-9)
- Lopes, H., Carlos, J. S., Rodrigues, M., Mestre, R., Santana, R., Matias, T., & Ribeiro, V. (2014). *Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta*

de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Relat%C3%B3rio-do-Grupo-de-Trabalho-criado-para-a-defini%C3%A7%C3%A3o-de-proposta-de-metodologia-de-integra%C3%A7%C3%A3o-dos-n%C3%ADveis-de-cuidados-de-sa%C3%BAde.pdf>

Lorr, M., & More, W. W. (1980). Four dimensions of assertiveness. *Multivariate Behavioral Research*, 15(2), 127-138.

Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford: Oxford University Press.

Lyubomirsky, S., & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well-being? *Current Directions in Psychological Science*, 22(1), 57–62.

Maatouk-Burmann, B., Ringel, N., Spang, J., Weiss, C., Moltner, A., Riemann, U., Langewitz, W. (2016). Improving patient-centered communication: Results of a randomized controlled trial, *Patient Education & Counseling*, 99, 117-124.

Makaryus, A. N., & Friedman, E. A. (2005). Patients' understanding of their treatment plans and diagnosis at discharge. *Mayo Clinic Proceedings*, 8(8), 991-994.

Makoul, G. (1998). The future of medical schools in professional skills and perspectives. *Academic Medicine*, 73(1), 48-51.

Makoul, G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academy Medicine*, 76,(4) 390–393.

Makoul, G., Arntson, P., & Schofield, T. (1995). Health promotion in primary care: Physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Social Science & Medicine*, 41(9), 1241-1254.

Makoul, G., Krupat, E., & Chang, C. H. (2007). Measuring patients views of physician communication skills: Development and testing of the communication assessment tool. *Patient Education & Counseling*, 76, 333-342.

Manojlovich, M., & Antonakos, C. (2008). Satisfaction of intensive care unit nurses with nurse-physician communication. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 237-243.

Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.

Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.

Marshall, C., Medves, J., Docherty, D., & Paterson, M. (2011). Interprofessional jargon: How it's exclusionary? Cultural determinants of language use in health care practice. *Journal of Interprofessional Care*, 25(6), 452-453.

Martin, L.R. (Eds). (2014). Barriers and keys to treatment adherence and health behavior change. In L. R. Martin & M. R. DiMatteo, *The Oxford handbook of health communication, behavior change and treatment adherence* (pp. 9-20). New York: Oxford University Press.

Martin, L. R., & DiMatteo, M. R. (Eds). (2014). *The Oxford handbook of health communication, behavior change and treatment adherence*. New York: Oxford University Press.

Marvasti, A. B. (2004). *Qualitative research in sociology*. London: Sage.

Mast, M. S., & Cousin, G. (2014). The role of nonverbal communication in medical interactions: Empirical results, theoretical bases, and methodological issues. In Martin,

L. R. & DiMatteo, M. R. (Eds.), *The Oxford handbook of health communication, behavior change and treatment adherence* (pp. 38-53). New York: Oxford University Press.

Mauksch, L. B., & Roesler, T. (1990). Expanding the context of the patient's explanatory model using circular questioning. *Family Systems Medicine*, 8(1), 3-13. <https://doi.org/10.1037/h0089286>

Mauksch, L. B., Dugdale, D. C., Dodson, S., & Epstein, R. (2008). Relationship, communication, and efficiency in the medical encounter: Creating a clinical model from a literature review. *Archives of Internal Medicine*, 168(13), 1387-1395.

Maybach, E., & Parrott, L. (Eds.). (1995). *Designing health messages: Approaches from communication theory and public health practice*. Thousand Oaks: Sage.

Mayeaux, E. J., Murphy, P. W., Arnold, C., Davis, T. C., Jackson, R. H., & Sentell, T. (1996). Improving patient education for patients with low literacy skills. *American Family Physician*, 53(1), 205-211.

McCaffrey, R. G., Hayes, R., Stuart, W., Cassel, A., Farrell, C., Miller-Reyes, S., & Donaldson, A. (2011). An educational program to promote positive communication and collaboration between nurses and medical staff. *Journal for Nurses in Staff Development*, 27(3), 121-127. <https://doi.org/10.1097/nnd.0b013e318217b3ce>

McCroskey, J. C., & Richmond, V. P. (1996). Human communication theory and research: Traditions and models. In D. W. Stacks & M. B. Salwen (Eds.), *An integrated approach to communication theory and research* (pp. 233-242). New York: Routledge.

McGuire, W. J. (1964). Inducing resistance to persuasion. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* volume 1, (pp. 191-229). New York: Academic Press.

McGuire, W. J. (1968). Personality and susceptibility to social influence. In E. F. Borgatta & W. W. Lambert (Eds.), *Handbook of personality theory and research* (pp. 1130-1187). Chicago: Rand McNally.

McGuire, W. J. (1972). Attitude change: An information processing paradigm. In C. G. McClintock (Ed.), *Experimental social psychology* (pp. 108-141). New York: Holt, Rinehart & Winston.

McGuire, W. J. (1984). Public communication as a strategy for inducing health-promoting behavioral change. *Preventive Medicine*, 13(3), 299-319.

McGuire, W. J. (2001). Input and output variables currently promising for constructing persuasive communications. In Rice, R. E. & Atkin, C. K. (eds). *Public communication campaigns* (pp. 22-48). Thousand Oaks: Sage.

McKinney, J., & Kurtz-Rossi, S. (2000). *Culture, health and literacy: A guide to health education materials for adults with limited English literacy skills*. Washington: National Institute for Literacy.

McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A. and Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15, 351-377.

McNeil, B. J., Pauker, S. G., Sox, H. C., & Tversky, A. (1982). On the elicitation of preferences for alternative therapies. *New England Journal of Medicine*, 306(21), 1259-1262.

Mechanic, D., & Meyer, S. (2000). Concepts of trust among patients with serious illness. *Social Science & Medicine*, 51, 657-668.

Miller, G. R. (2002). On being persuaded: Some basic distinctions. In J. P. Dillard & M. Pfau (Eds.), *The persuasion handbook: Developments in theory and practice* (pp. 3-16). Thousand Oaks: Sage.

Miller, G. R., & Steinberg, M. (1975). *A new analysis of interpersonal communication*. Chicago: Science Research Associates.

Miller, T. (2016). Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Education & Counseling*, 99, 1079-1086.

Ministério da Saúde. Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. (2020). *Hospital, território e comunidade*. Disponível em: <http://hff.min-saude.pt/hospital-territorio-e-comunidade/>

Mitchell, P. & Lang, N. (2004). Framing the problem of measuring and improving health care quality: Has the Quality Health Outcomes Model been useful? *Medical Care*, 42(suppl2), 114-11.

Mnookin, R. H., Peppet, S. R., & Tulumello, A. S. (1996). The tension between empathy and assertiveness. *Negotiation Journal*, 12(3), 217-230. <https://doi.org/10.1111/j.1571-9979.1996.tb00096.x>

Moscovici, F. (1981). Competência interpessoal no desenvolvimento de gerentes. *Revista Administração Empresarial*, 21(2), 17-25.

Munro, S., Lewin, S., Swart, T., & Volmink, J. (2007). Review of health behavior theories: How useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS. *BMC Public Health*, 7(104), 1-16. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-104>.

Neighbour, R. (1999). *The inner consultation: How to develop an effective and intuitive consultation style*. Newbury: Petroc Press.

Nešić, M., & Nešić, V. (2015). *Neuroscience of nonverbal communication* (pp. 31-65). In A. Kostic & D. Chadee (Eds.). *The social psychology of nonverbal communication*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Neumann, M., Eldelhauser, F., Kreps, G. L., Scheffer, C., Lutz, G., Tauschel, D., & Visser, A. (2010). Can patient-provider interaction increase the effectiveness of medical treatment or even substitute it? An exploration on why and how to study the specific effect of the provider. *Patient Education & Counseling*, 80, 307-314.

Nimmon, L., & Regehr, G. (2018). The complexity of patient health communication social networks: A broadening of physician communication. *Teaching and Learning in Medicine*, 30(4), 352-366.

Nolte, E., & McKee, M. (Eds.). (2008). *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective*. Berkshire: Open University Press.

Nørgaard, B. (2011). Communication with patients and colleagues. *Danish Medical Bulletin*, 58(12), B4359.

Nørgaard, B. (2011). Communication with patients and colleagues. An intervention study on the impact of a communication skills training course on health care professionals' ability to communicate with patients and colleagues. *Danish Medical Bulletin*, 1-20.

Northouse, L., & Northouse, P. (1998) *Health communication: Strategies for health professionals*, Stamford: Appleton & Lange.

Nunes, J. M. M. (2007). *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa: Bayer HealthCare.

Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13, 349-364.

Nutbeam, D. (2000a). Health literacy as public goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.

Nutbeam, D. (2000b). Advancing health literacy: A global challenge for the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 183-184. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.183>

O'Keefe, D. J. (1990). *Persuasion: Theory and research*. Newbury Park: Sage.

O'Keefe, D. J. & Medway, F. J. (1997). The application of persuasion research to consultation in school. *Psychology*, 35(2), 173-193.

Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climpesi Editores.

Ong, L., de Haes, J. D., Hoos, A., M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of literature. *Social Science & Medicine*, 40(7), 903-918.

Ong, W. J. (2002). *Orality and literacy*. New York: Routledge.

Organização Mundial da Saúde. (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. In I conferência internacional sobre promoção da saúde, Ottawa, 17-21 novembro de 1986. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-de-otawa-1986.aspx>

Organização Mundial da Saúde. (2008). *Health Literacy*. Disponível em: http://www.OMS.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2013). *Health literacy: The solid facts*. Copenhagen: OMS.

Paakkari, L., Inchley, J., Schulz, A., Weber, M. W., & Orkan, O. (2019). Addressing health literacy in schools in the WHO European region. *Panorama*, 186-190.

Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). Evidence does not support clinical screening of literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 23, 100-102.

Parham, J. B., Lewis, C. C., Fretwell, C. E., Irwin, J. G., & Schrimsher, M. R. (2015). Influences on assertiveness: Gender, national culture, and ethnicity. *Journal of Management Development*, 34(4), 421-439.

Parikh, S. P., Esposito, J. M., & Searock, J. (2014). The role of verbal and nonverbal communication in a two-person, cooperative manipulation task. *Advances in Human-Computer Interaction*, 1-10. <https://dx.doi.org/10.1155/2014/375105>

Parvanta, C., & Bass, S. B. (2020). *Health communication strategies and skills for a new era*. Wall Street: Jones & Bartlett Learning.

Paterson, J. G., & Zderad, L. T. (1976). *Humanistic nursing*. NY: NLN.

Paterson, J. G., & Zderad, L. T. (1988). *Humanistic nursing*. NY: Wiley.

Patterson, C. H., & Watkins, C. E. (1996). *Theories of psychotherapy*. New York: HarperCollins College Publishers.

Pawlowski, D. R. (2017). Communication civility codes: Positive communication through the students' eyes. *Communication Teacher*, 31(1), 6-10.

Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259-275.

Pendleton, D. (1984). *The consultation: An approach to learning and teaching*. New York: Oxford University Press.

- Pendleton, D., Schofield, T., Tate P., & Havelock, P. (2003). *The new consultation. Developing doctor–patient communication*. Oxford: Oxford University Press.
- Peneva, I., & Mavrodiev, S. (2013). A historical approach to assertiveness, psychological thought. *Psychological Thought*, 6(1), 1-26. <https://doi.org/10.5964/psyct.v6i1.14>
- Perloff, R. M. (2017). *The dynamics of persuasion: Communication and attitudes in the twenty-first century*. New York: Routledge.
- Pierce, J. P., & Gilpin, E. A. (2003). A minimum 6-month prolonged abstinence should be required for evaluating smoking cessation trials. *Nicotine & Tobacco Research*, 5(2), 151-153.
- Pina, A. E. (2003). *A responsabilidade dos médicos*. Lisboa: Lidel.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2004). *Making health communication programs work*. Washington: National Cancer Institute.
- Plainlanguage.gov. (2011). Federal plain language guidelines. Disponível em: <https://www.plainlanguage.gov/guidelines/>
- Pocinho, M. (2009). *Estatística: Teoria e exercícios passo a passo. Volume I*. Disponível em: https://www.academia.edu/19525804/Estatistica_teorica_e_exercicios_passo_a_passo_Volume_I
- PORDATA. (2019). *Pessoal de saúde: Médicos, dentistas, odontologistas, enfermeiros e farmacêuticos*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Pessoal+de+sa%C3%BAde+m%C3%A9dicos++dentistas++odontologistas++enfermeiros+e+farmac%C3%Aauticos-144>
- PORDATA. (2016). *Médicos: total e por sexo*. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/M%C3%A9dicos+total+e+por+sexo-1966>
- Portal da Saúde. (2019). O Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Query, J. (1987). *A field test of the relationship between interpersonal communication competence, number of social supports, and satisfaction with the social support received by an elderly support group*. Unpublished master's thesis, Ohio University.
- Query, J. L., & Kreps, G. L. (1996). Testing a relational model for health communication competence among caregivers for individuals with Alzheimer's disease. *Journal of Health Psychology*, 1(3), 335-351.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2017). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Raingruber, B. (2014). *Contemporary health promotion in nursing practice*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Ramanadhan, S., Mendez, S. R., Rao, M., & Viswanath, K. (2013). Social media use by community-based organizations conducting health promotion: A content analysis. *BMC Public Health*, 13(1), 1129. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1129>
- Ramos, V. (2009). Consulta em 7 passos. Execução e análise crítica de consultas em medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(2), 208-220.

- Ranjan, P., Kumari, A., & Chakrawarty, A. (2015). How can doctors improve their communication skills? *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9(3), JE01-04.
- Ratzan, S. (1994). Health communication as negotiation. *American Behavioral Scientist*, 224-247.
- Ratzan, S., Stearns, N., Payne, J. G., Amato, P.P., Liebergott, J. W., & Madoff, M. A. (1994). Education for the health communication professional. *American Behavioral Scientist*, 38, 361–380.
- Rawlins, B. L. (2007). *Trust and PR practice*. Institute for Public Relations.
- Rego, A. (2016). *Comunicação pessoal e organizacional*. Lisboa: Sílabo.
- Renfro, C. (2017). The use of visual tools in the academic research process: A literature review. *The Journal of Academic Librarianship*, 43, 95-99.
- Richmond, V. P., & McCroskey, J. C. (1993). Diverse perspectives on communication. In M. J. O'Hair & S. S. O'Dell (Eds.), *Diversity and teaching* (pp. 165-174). Orlando: Harcourt Brace Jovanovich.
- Richmond, V. P., & McCroskey, J. C. (2019). Human communication theory and research: Traditions and models. In D. W. Stacks, M. B. Salwen & K. C. Eichorn (Eds.), *An integrated approach to communication theory and research* (pp. 237-246). New York: Routledge.
- Rimal, R. N., & Lapinski, M. K. (2009). Why health communication is important in public health. *Bulletin World Health Organization*, 87(4), 247.
- Rogers, E. M. (1996). Up-to-date report. *Journal of Health Communication*, 1, 15–24.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The Journal of Psychology*, 91(1), 93-114. <https://doi.org/10.1080/00223980.1975.9915803>
- Romek, V. G. (2003). Trening uverenosti v mežličnostnyh otnošeníh [Training of confidence in interpersonal relations]. Sankt-Petersburg: Reč'. Disponível em <http://www.klex.ru/809>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335
- Rosenstock, I. M. (1990). The health belief model: Explaining health behavior through expectancies. (pp. 39-62). In K. Glanz, F. M. Lewis, B. K. Rimer. *Health behaviour and health education: Theory, research and practice*. San Francisco: Josey- Bass.
- Ross, E., & Deverell, A (2004). *Psychosocial approaches to health, illness and disability: A reader for health care professionals*. Van Schaik Publishers.
- Rost, K., & Roter, D. (1987). Predictors of recall of medication regimens and recommendations for lifestyle change in elderly patients. *Gerontologist*. 27(4), 510 – 515.
- Roter, D. L., Hall, J. A., & Katz, N. R. (1988). Patient-physician communication: A descriptive summary of the literature. *Patient Education and Counseling*, 12(2), 99-119. [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(88\)90057-2](https://doi.org/10.1016/0738-3991(88)90057-2)
- Roter, D., & Larson, S. (2002). The Roter interaction analysis system (RIAS): Utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling*, 46(4), 243-251. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00012-5](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00012-5)
- Roter, D. L. (2000). The outpatient medical encounter and elderly patients. *Clinics in Geriatric Medicine*. 16(1), 95-107.

Roter, D. L., & Hall, J. A. (1989). Studies of doctor-patient interaction. *Annual Review Public Health*, 10, 163-180.

Roter, D. L., & Hall, J. A. (2006). *Doctor talking with patients, patients talking with doctors*. Westport: Praeger.

Rubinelli, S. (2013). Rational versus unreasonable persuasion in doctor-patient communication: A normative account. *Patient Education and Counseling*, 92(3), 296-301. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.06.005>

Ruesch, J. (1953). Synopsis of the theory of human communication. *Psychiatry*, 16, 215-243.

Ruesch, J. (1956). The observer and the observed: Human communication theory. In R. P. Grinker (Ed.), *Toward a Unified Theory of Human Behavior* (pp. ix-xi). New York: Basic Books.

Ruesch, J. (1963). The role of communication In therapeutic transactions. *Journal of Communication*. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1963.tb02096.x>

Ruesch, J., & Bateson, G. (1951). *Communication: the social matrix of pshychiatry*. New York: WW Norton Company.

Ryan, G. W., & Bernard, H. R. (2003). Techniques to identify themes. *Field Methods*, 15, 85-109.

Ryan, P., & Morgan, S. (2004). *Assertive outreach: A strengths approach to policy and practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Saboga-Nunes, L. (2014). Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva. *Revista Referência*, (III), 94-99.

Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy*. New York: Creative Age Press.

Salter, A. (2002). *Conditioned reflex therapy: The classic book on assertiveness that began behavior therapy*. Gretna: Wellness Institute.

Sauter, D. A. (2017). The nonverbal communication of positive emotions: An emotion family approach. *Emotion Review*, 9(3), 222-234.

Sawyer, S. M., & Aroni, R. A. (2003). Sticky issue of adherence. *Journal of Paediatric and Child Health*, 39, 2-5.

Schirmer, M., Mauksch, L., Lang, F., Marvel, K., Zoppi, K., Epstein, R., M., Julie, M., D., Brock, D., & Przybylski, M. (2005). Assessing communication competence: A review of current tools. *Family Medicine*, 37(3), 184-192.

Schramm, W. (1955). How communication works. In W. Schramm (Ed.), *The process and effects of mass communication*. Urbane: University of Illinois Press.

Schrivier, K., Cheek, A.L., & Mercer, M. (2010). The research basis of plain language techniques: Implications for establishing standards. *Clarity*, 26-33.

Schwartzberg, J. G., Cowett, A., Vangeest, J., & Wolf, M. S. (2007). Communication techniques for patients with low health literacy: A survey of physicians, nurses, and pharmacists. *Journal Health Behaviour*, 31(1), s96-s104.

Schwartzberg, J. G., VanGeest, J. B., & Wang, C. C. (Eds.). (2005). *Understanding health literacy: Implications for medicine and public health*. Chicago: AMA Press.

Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217-243). Hemisphere.

Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.

Serapioni, M, Ferreira, P.L., & Antunes, P. (2014). Participação em saúde: Conceitos e conteúdos. *Notas Económicas*, 40, 26-40.

Shepherd, G. J. (1992). Communication as influence: Definitional exclusion. *Communication Studies*, 43(4), 203-219. <https://doi.org/10.1080/10510979209368373>

Sheridan, S. L., Halpern, D. J., Year, A. J., Berkman, N. D., Donahue, K. E., & Croty, K. (2011). Interventions for individuals with low literacy. A systematic review. *Journal of Health Communication*, 16, 30-54.

Shriver, K., Cheek, A., & Mercer, M. (2010). The research basis of plain language techniques: Implications for establishing standards. *Clarity*, 63, 26-33.

Sierra, M., & Cianelli, R. (2019). Health literacy in relation to health outcomes: A concept analysis. *Nursing Science Quarterly*, 32(4), 299-305. <https://doi.org/10.1177/0894318419864328>

Sigerist, H. E. (1946). *The university at the crossroads*. New York: Henry Schuman.

Silverman J., Draper J., & Kurtz S. M. (1997). The Calgary-Cambridge approach to communication skills teaching II: The SET-GO method of descriptive feedback. *Education for General Practice*, 8, 16-23.

Silverman, J., Krutz, S., & Draper, J. (2013). *Skills for communicating with patients*. Boca Raton: Taylor & Francis.

Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monograph*, 2, 1-25.

Smith, B. J., Cho, K., Nutbeam, D. (2006). WHO health promotion glossary: New terms. *Health Promotion International*, 1-6. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal033>

Smith, M. J. (1985). *When I say no, I feel guilty*, New York: Bantam Books.

Smith, R. A., & Carpenter, C. J. (2017). Who persuades who? An analysis of persuasion choices related to antibiotic-free food. *Health Communication*. 33(4), 478-488. <https://doi.org/10.1080/10410236.2016.1278498>

Smith, S. A. (2012). Nurse competence: A concept analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(3), 172-182.

Sniehotta, F., Schwarzer, R., Scholz, U., & Schuz, B. (2005). Action planning and coping planning for long-term lifestyle change: Theory and assessment. *European Journal of Social Psychology*, 35, 565–576.

Somers, S. A., & Mahadevan, R. (2010). Health literacy implications of the Affordable Care Act. Washington: Center for Health Care Strategies. Disponível em: http://www.chcs.org/usr_doc/Health_Literacy_Implications_of_the_Affordable_Care_Act.pdf

Sørensen, K. (2013). *Health literacy: A neglected European public health disparity* (thesis dissertation). University of Maastricht, Netherlands.

Sørensen, K., & Brand, H. (2013). Health literacy lost in translations? Introducing the European health literacy glossary. *Health Promotion International*, 29(4), 634-644. <https://doi.org/10.1093/heapro/dat013>

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health Literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public health*, 12, 80.

Sperati, C. J., Soman, S., Agrawal, V., Liu, Y., Abdel-Kader, K., Diamantidis, C. J., Estrella, M. M., Cavanaugh, K., Plantinga, L., Schell, J., Simon, J., Vassalotti, J. A., Choi, M. J., Jaar, B. G., Greer, R. C., & National Kidney Foundation Education Committee (2019).

Primary care physicians' perceptions of barriers and facilitators to management of chronic kidney disease: A mixed methods study. *PLoS One*, 14(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221325>

Spitzberg, B. H. (2013). (Re)Introducing communication competence to the health professions. *Journal of Public Health Research*, 2(3), 126-135.

Stableford, S., & Mettger, W. (2007). Plain language: A strategic response to the health literacy challenge. *Journal of Public Health Policy*, 28(1), 71-93. <https://doi.org/10.1057/palgrave.jphp.3200102>

Stein, S., & Book, H. (2006). *The EQ edge: Emotional intelligence and your success*. Toronto: Jossey-Bass.

Stemple, J. C., & Hapner, E. R. (2014). *Voice therapy: Clinical case studies*. San Diego: Plural.

Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*, 152, 1423-1433.

Stone, P. J., Dunphy, D. C., Smith, M. S., & Ogilvie, D. M. (1966). *The general inquirer: A computer approach to content analysis*. Cambridge: MIT Press.

Stortenbeker, I. A., Houwen, J., Lucassen, P. L., Stappers, H. W., Assendelft, W. J., van Dulmen, S., Hartman, T. C., & Das, E. (2018). Quantifying positive communication: Doctor's language and patient anxiety in primary care consultations. *Patient Education & Counseling*, 101, 1577-1584.

Strack, F., & Deutsch, R. (2004). Reflective and impulsive determinants of social behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 8(3), 220-247.

Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295-301. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>

Street, R. L. (1991). Information-giving in medical consultation. The influence of patient's communicative styles and personal characteristics. *Social Science & Medicine*, 32(5), 541-548.

Street, R. L. (2007). Aiding medical decision making: A communication perspective. *Medical Decision Making*, 550-553.

Street, R. L., & Millay, B. (2001). Analyzing patient participation. *Health Communication*, 13(1), 61-73.

Street, R. L., O'Malley, K. J., Cooper, L. A., & Haidet, P. (2008). Understanding concordance in patient-physician relationships: Personal and ethnic dimensions of shared identity. *Annals Family Medicine*, 6, 198-205.

Suchman, A. R., Roter, D. L., Green, M., & Lipkin, M. (1993). Physician satisfaction with primary care office visits. *Medical Care*, 31, 1083-1092.

Sutton, J., & Austin, Z. (2015). Qualitative research: Data collection, analysis, and management. *Canadian Journal Hospital Pharmacy*, 68(3), 226-231.

Sutton, S. (2007). Theory of planned behavior. In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman, & R. West (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp. 223-228). Cambridge University Press.

Szasz, T., & Hollender M. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of the doctor-patient relationship. *Archives of Internal Medicine*, 97, 585-592.

Teddlie, C., & Yu, F. (2007). Mixed methods sampling: A typology with examples. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 77-100.

Teixeira J.A.C. (1996). Comunicação e cuidados de saúde. Desafios para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 14(1), 135-139.

Teixeira J.A.C. (1999). Comunicação em saúde. Relação Técnicos de Saúde- Utentes. *Notas Didáticas*, 615-620.

Teixeira, J.A.C. (2004). Comunicação em saúde: Relação técnicos de saúde- utentes. *Análise Psicológica*, 22(3), 615-620. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a21.pdf>

Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I., & Monteiro, E. (2008). Validação do questionário multidimensional da adesão no paciente com transplante hepático. *Acta Medica Portuguesa* 21, 31-36.

Tench, R., & Konczos, M. (2013). *Mapping European communication practitioners' competencies: A review of the European communication professional skills and innovation program*. UK: ECOPSI.

Tench, R., Zeffass, A., Verhoeven, P., Vercic, D., Moreno, A., & Okay, A. (2013). *Communication management competencies for European practitioners*. Leeds: Leeds Metropolitan University.

Terris, M. (1992). Conceptos de la promoción de la salud: Dualidades de la teoría de la salud pública. In OPAS, *Promoción de la salud: Una antología* (pp. 37-44). Washington: OPAS.

Thomas, G. D., Smith, S. M., & Turcotte, J. A. (2009). Using public relations strategies to prompt populations at risk to seek health information. The Harford Community Health Project, *Health Promotion Practice*, 10(1), 92-101.

Thomas, K. (1987). General practice consultations: Is there any point in being positive? *British Medical Journal*, 294, 1200-1202.

Thomson, G. E., Mitchell, F., & Williams, M. B. (Eds). (2006). *Examining the health disparities research plan of the national institutes of health. Unfinished business*. Washington: The National Academies Press.

Tickle-Degnen, T., & Rosenthal, R. (1990). The nature of rapport and its nonverbal correlates. *Psychological Inquiry*, 1, 285-293.

Toepfer, S. M., Cichy, K., & Peters, P. (2012). Letters of gratitude: Further evidence for author benefits. *Journal Happiness Studies* 13(1), 187-201.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. Loures: Lusociência.

Tuckett, D., Boulton, M., Olson, C., & Williams, A. (1985). *Meetings between experts: An approach to sharing medical ideas in medical consultations*. London: Tavstock.

U.S. Department of Health and Human Services. (2011). *National action plan to improve health literacy*. Washington: U.S. Department of Health and Human Services.

U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy People 2010*. Washington: U.S. Government Printing Office.

U.S. Department of Health and Human Services. (2015). *Health literacy online: A guide to simplifying the user experience*. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Disponível em <https://health.gov/healthliteracyonline/>

Unger, F. (2004). *Health is wealth. Strategic visions for European healthcare at the beginning of the 21st century. Report of the European Parliament*. Berlin: Springer.

United Nations. Economic and Social Council. (2009). Regional preparatory meeting on promoting health literacy, Beijing, China, 29-30 April 2009: Background note. Disponível em:

<https://www.un.org/en/ecosoc/newfunct/pdf/chinameetinghealthliteracybackgroundpaperv2.pdf>

United Nations. Economic and Social Council. (2020). *World demographic trends: Report of the Secretary-General*. Disponível em: https://digitallibrary.un.org/record/3850089?ln=zh_CN

Valentini, C., Kruckeberg, D., & Starck, K. (2012). Public relations and community: A persistent covenant. *Public Relations Review*, 38(5), 873-879. <https://doi.org/10.1016/j.pubrev.2012.06.001>

Van Deursen, A.J., & Dijk, J.A. (2018). The first-level digital divide shifts from inequalities in physical access to inequalities in material access. *New Media & Society*, 1-22.

Van Maanen, J. (1983). *Qualitative methodology*. London: Sage.

VandenBos, G. R. (Ed.). (2007). *APA dictionary of psychology*. Washington: American Psychological Association.

Vaughn, F., Keller, V., Carrol, G. (1994). A new model for physician-patient communication. *Patient Education & Counseling*, 45, 32-34.

Vaz de Almeida, C., & Sebastião, S. (2018). A percepção dos profissionais de saúde sobre fontes de informação e sua influência na relação terapêutica. *Observatório (OBS*)*, 12(4), 1-18. <https://doi.org/10.1001/archinte.168.13.1387>

Verderber, R. (1998). *The art of communication*. London: Wadsworth Publ.

Viswanath, K. (2006). Public communications and its role in reducing and eliminating health disparities. In G. E. Thomson, F. Mitchell, & M. B. Williams (Eds.), *Examining the health disparities research plan of the National Institutes of Health: Unfinished business* (pp. 215-253). Washington: National Academies Press.

Viswanath, K. (2008). Health communication. In W. Donsbach, *The international encyclopedia of communication* (pp. 2073-2087). Malden: Blackwell Publishing.

Viswanath, K., Ramanadhan S., & Kontos, E. Z. (2007). Mass media and population health: The macrosocial view. In S. Galea, (Eds.), *Macrosocial determinants of population health* (pp. 274-294). New York: Springer.

Waitzkin, H. (1984). Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research. *Journal of the American Medical Association*, 252, 2441-2446.

Ware, J. E., & Snyder, M. K. (1975). Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Medical Care*, 13, 669-682.

Watson, J. C. (2019). Talking the talk: Enhancing clinical ethics with health literacy best practices. *HEC Forum*, 1-23.

Watzlawick, P., Beavin, J., H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmática da comunicação humana: Um estudo dos padrões, patologias e paradoxo da interação*. São Paulo: Cultrix.

Webb, R. (1975). *Interpersonal speech communication: Principles and practices*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Weber, D. (2016). Medical hegemony. *International Journal Complementary Alternative Medicine* 3(2). <https://doi.org/10.15406/ijcam.2016.03.00065>

Wechsler, H., Levine, S., Idelson, R. K., Rohman, M., & Taylor, J. O. (1983). The physician's role in health promotion: A survey of primary care practitioners. *New England Journal of Medicine*, 308(2),97-100. <https://doi.org/10.1177/10253823070140020801x>

Weick, K. E. (1979). *The social psychology of organizing*. Reading: Addison-Wesley.

Weinman, J., Yusuf, G., Berks, R., Rayner, S., & Petrie, K. J. (2009). How accurate is patients' anatomical knowledge: A cross-sectional, questionnaire study of six patient groups and a general public sample. *BMC Family Practice*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-10-43>.

World Health Organization. (1986). The Ottawa harter for health promotion. Ottawa: WHO. Disponível em: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2003). *WHO definition of health*. Disponível em: <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

World Health Organization. (2004). *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care*. Copenhagen: HEN. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/74704/E82997.pdf?ua=1

World Health Organization. (2009). Background note: Regional preparatory meeting on promoting health literacy [Internet]. UN ECOSOC.

World Health Organization. (2019). 9th Health conference on health promotion. Shanghai 2016. Disponível em <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy/en/>

World Health Organization. (2019). Improving health through health literacy. *Panorama*, 5(2-3), 123-329.

Wigfield, A., & Eccles, J. S. (2000). Expectancy–value theory of achievement motivation. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 68–81. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1015>

Wiemann, J. M., & Backlund, P. (1980). Current theory and research in communicative competence. *Review of Educational Research*, 50(1),185-199.

Wiemann, J. W. (1977). Explication and test of a model of communicative competence. *Human Communication Research*, 3(3), 195-213.

Williams, M. V., Davis, T., Parker, R. M., & Weiss, B. D. (2002). The role of health literacy in patient-physician communication. *Family medicine*, 34(5), 383-389.

Williams, M. V., Parker, R. M, Baker, D. W. Parikh, N. S., Pitkin, K., Coates, W. C., & Nurss, J .R. (1995). Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *JAMA*, 274(21), 1677-1682.

Wilson, E. A., & Wolf, M. S. (2009). Working memory and the design of health materials: A cognitive factors perspective. *Patient Education & Counseling*, 74, 318-322.

Windover, A. K., Boissy, A., Rice, T. W., Gillian, T., Velez, V. J., & Merlino, J. (2014). The REDE model of healthcare communication: Optimizing relationships as a therapeutic agent. *Journal of Patient Experience*, 8-13.

Wise, M., & Nutbeam, D. (2007). *Enabling health systems transformation: what progress has been made in re-orienting health services? Promotion & Education*, 2, 23-27.

Wise, R. A., Bartlett, S. J., Brown, E. D., Castro, M., Cohen, R., Holbrook, J. T., ... Sugar, E. A. (2009). Randomized trial of the effect of drug presentation on asthma outcomes: The American Lung Association Asthma Clinical Research Centers. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 124(3), 436-444.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2009.05.041>

Wittenberg, E., Goldsmith, J., Ferrel, B., & Platt, C. S. (2015). Enhancing communication related to symptom management through plain language. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(5), 707-711.

Wloszczak-Szubzda, A., & Jarosz, M., J. (2012). Professional communication competences of nurses. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 19(3), 601-607.

Wloszczak-Szubzda, A., & Jarosz, M. J. (2015). Communication competences of medical and health professionals. Lublin: Inovation Press Wydawnictwo Naukowe.

Wolf, M. (1999). *Teorias da comunicação*. Lisboa: Editorial Presença.

Wolpe, J. (1968). Psychotherapy by reciprocal inhibition, conditional reflex. *Conditional reflex: a Pavlovian Journal of Research & Therapy*, 3(4), 234-240.

WONCA. (2002). *Definição europeia de medicina geral e familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar)*. Barcelona: WONCA.

Worldometer. (2020). *COVID-19 coronavirus pandemic*. Disponível em: https://www.worldometers.info/coronavirus/?utm_campaign=homeAdvegas17%22%20%5CI%22countries

Wouda, J. C., & Van de Wiel, H. B. (2015). The communication competency of media students, residents and consultants. *Patient Education & Counseling*, 86, 57-62.

Wright, C. R. (1974). Functional analysis and mass communication revisited. In J. G. Blumler & E. Katz (Eds). *The uses of mass communications* (pp. 197-212). Beverly Hills: SAGE.

Wright, K. B., Rosenberg, J., Egbert, N., Ploeger, N. A., Bernard, D. R., & King, S. (2013). Communication competence, social support and depression among college students: A model of Facebook and face-to-face support network influence. *Journal of Health Communication*, 18, 41-57.

Wyer, R. S., & Shrum, L. J. (2014). The role of comprehension processes in communication and persuasion. *Media Psychology*, 1-33.

Zandebelt, L. C., Smets, E. M., Oort, F. J., Godfried, & de Haes, H.C. (2007). Medical specialists' patient-centered communication and patient-reported outcomes. *Medical Care*, 45(4), 330-339.

Zarcadoolas, C., Pleasant, A. F., & Greer, D. S. (2005). *Advancing health literacy: A framework for understanding and action*. San Francisco: Jossey-Bass.

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D.S. (2003). Elaborating a definition of health literacy: a commentary. *Journal of Health Communication*, 8(S1), 119-120. <https://doi.org/10.1080/713851982>

Zimmerman, R. S., & Verberg, D. (1994). Models of preventive health behavior: Comparison, critique, and meta-analysis. *Advances in Medical Sociology*, 4, 45-67.

Zolnierek, K. B., & DiMatteo, R. M. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826-834.

Zoppi, K., & Epstein, R. M. (2002). Is communication a skill? Communication behaviors and being in relation. *Family Medicine*, 34(5), 319-324.